

IMPULS

ISSN 1230-5901

Nr 7-8 (283-284), WARSZAWA, 2017 r.



WARSZAWSKA OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
Biuletyn samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych

Szanowne Koleżanki i Koledzy,



**Zbliżają się najpiękniejsze święta w roku
i z tej okazji składamy Wam
najserdeczniejsze życzenia.**

**Czas Bożego Narodzenia to czas cudów,
czas miłości, wyciszenia, radości i nadziei,
że to co złe odejdzie w przeszłość,
a to co dobre nadejdzie i zostanie z nami
czego Wszystkim życzymy z całego serca**

Wisława Ostręga

Przewodnicząca Kolegium Redakcyjnego
biuletynu **IMPULS**

Elżbieta Madajczyk

Przewodnicząca
Warszawskiej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych

Redakcja:

Elżbieta Madajczyk
– Przewodnicząca WOPiP
Wisława Ostręga
– Przewodnicząca Kolegium
Redakcyjnego
Kolegium Redakcyjne:
Nikoleta Broda
Danuta Mioduszevska
Lena Serafin
Monika Szydłowska
Bożena Pawłowska
Izabela Piotrowska

Kontakt z redakcją:

Warszawska Okręgowa
Izba Pielęgniarek i Położnych
Redakcja Biuletynu
ul. Nowy Świat 63,
00-042 Warszawa
e-mail: wostrega@interia.pl
<http://www.woipip.pl/>
tel. (0-22) 826-84-77

Godziny pracy biura:

poniedziałki, wtorki
i środy 8:00 – 16:00
czwartki 8:00 – 17:00
piątki 8:00 – 15:00

Spis treści

Poświęcenie i wyjątkowa odwaga nagrodzona.....	4
Nagrody Nobla 2017 w dziedzinie fizjologii i medycyny za zegar biologiczny	7
Opieka zdrowotna nad uczniami w Polsce i innych krajach Europy.....	11
Mózgi z laboratorium	18
Hartowanie dzieci	19
Drzemka w skandynawskim stylu, czyli jak to zrobić, żeby było dobrze?	19
Nordic walking dla wszystkich	20
Bądź szczęśliwą pielęgniarką	22
Cytaty z kategorii: Szczęście	23
Dzień dziecka utraconego	24
Rozdanie nagród dla laureatów „Konkursu dla uważnych czytelników”	25
PODZIĘKOWANIA	27
POŻEGNANIA	30

Warunki publikacji nadesłanego materiału:

1. Nadesłany tekst musi być podpisany: imię, nazwisko, zawód/stanowisko, ew. miejsce pracy (do wiadomości redakcji należy podać adres i nr telefonu).
2. Artykuły przyjmowane są w wersji elektronicznej zapisane w formacie Word (edytowalne).
3. Tekst: Times New Roman, rozmiar 12, interlinia 1,5 bez wersalików podkreśleń itp. Tekst wymagający wyróżnienia należy pogrubić (wyboldować).
4. Miejsce wstawienia rycin i ilustracji zaznaczone: >>>ryc. 1<<<
5. Obrazki i ryciny w oddzielnym pliku w wersji edytowalnej podpisane numerem obrazka.
6. Przypisy i bibliografia na końcu tekstu.
7. Jeśli tekst jest przedrukiem należy podać pełne źródło (adres internetowy) i zgodę na przedruk.
8. Materiały do biuletynu należy przesłać na adres: wostrega@interia.pl lub merytoryczny@woipip.med.pl
9. Redakcja:
 - a. nie publikuje tekstów anonimowych,
 - b. zastrzega prawo redagowania tekstów,
 - c. nie zwraca nadesłanych materiałów,
 - d. nie odpowiada za treść nadesłanych ogłoszeń.

Poświęcenie i wyjątkowa odwaga nagrodzona

Anna Polonek



*„Wewnętrzna radość, gdy zrobiliśmy coś dobrego,
kiedy byliśmy potrzebni i nieśliśmy pomoc – jest
potrawą, której potrzebuje dusza”.*

Albert Schweitzer

„... naprawdę nie ma sensu robić czegoś w życiu, jeśli nie będzie się potem z tego zadowolonym, czy dumnym”, to słowa krakowskiej pielęgniarki i porucznik Wojska Promocja MOO PCK; Medal im. Florence Nightingale Polskiego, wypowiedziane parę lat temu w trakcie luźnej, koleżeńskej rozmowy pomiędzy uczestnikiem kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego a kierownikiem tegoż kursu czyli mną. Wspominając i analizując obecnie te słowa z wielką dumą informuję, że dnia 22 czerwca 2017 roku w Pałacu Biskupa Erazma Ciołka – Oddziale Muzeum Narodowego w Krakowie Anna Kaczmarczyk została uhonorowana Medalem im. Florence Nightingale najwyższym na świecie odznaczeniem dla pielęgniarek, ustanowionym przez Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża (International Committee of the Red Cross), ustanowionym w 1912 roku, nazwanym od sławnej pielęgniarki, przyznawanym osobom, które wyróżniły się czynami wymagającymi poświęcenia i wyjątkowej odwagi w niesieniu pomocy ludności, zarówno w czasie wojen jak i pokoju, ofiarom konfliktów, kataklizmów i katastrof, a także za wyjątkowe zasługi dla pielęgniarstwa, nowatorską i twórczą działalność na rzecz zdrowia publicznego i edukacji pielęgniarstwiej. Medal wręczył Prezes Polskiego Czerwonego Krzyża Stanisław Kracik oraz Dyrektor Małopolskiego Oddziału Okręgowego PCK Małgorzata Pyka. Na uroczystość licznie przybyli przedstawiciele Polskiego Czerwonego Krzyża, bezpośredni zwierzchnicy por. Anny

Kaczmarczyk, przedstawiciele Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Zdrowia, Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych Polskich, Konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa, urzędów administracji i instytucji publicznych Małopolski i Krakowa oraz jej rodzina i przyjaciele.

– Przywraca Pani blask pielęgniarstwu w Krakowie – powiedział do laureatki Stanisław Kracik.

– Dzisiejsza uroczystość wręczenia najwyższego odznaczenia na świecie dla pielęgniarek jest również doniosłym wydarzeniem w wojskowej służbie zdrowia – powiedział z kolei gen. bryg. dr n. med. Stanisław Żmuda, dyrektor Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia, szef służby zdrowia WP.

– W bieżącej edycji przyznanych zostało 39 Medali Florence Nightingale, osobom z 22 krajów. Po 10-letniej przerwie, kolejna Polka wkracza do tego grona, jesteśmy dumni z faktu, że jest z Krakowa. W 2007 roku na wniosek małopolskiego środowiska pielęgniarek i położnych również odznaczono pielęgniarkę z naszego grona Panią Alinę Rumun – powiedział dr n. o zdr. Tadeusz Wadas, Przewodniczący Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krakowie.

– Nasza laureatka wykazała się przede wszystkim swoją niestrudzoną wolą pracy, uporem i chęcią pomagania – według mnie już w momencie wybierania swojej drogi życiowej kierowała się wartościami związanymi z humanitaryzmem i nastawieniem na pomoc drugiej osobie. Muszę przyznać, że z uporem i trudem, także w wojskowych misjach zagranicznych, wykazuje swoją determinację do realizowania się nie tylko w pracy, ale i w życiu osobistym. Analizując całokształt jej pracy, chęć niesienia pomocy i otwartość do ludzi, uważam, że medal trafi w odpowiednie ręce – powiedział o laureatce jej bezpośredni przełożony ppłk lek. Grzegorz Durda, pełniący obowiązki komendanta Wojskowego Ośrodka Medycyny Prewencyjnej w Krakowie.

Nie sposób wymienić i zacytować wszystkich słów, które padły w trakcie podniosłej uroczystości. W pamięci obecnych na sali na długo pozostaną słowa prof. Wojciecha Narębskiego z Krakowa, żołnierza gen. Andersa, weterana walk spod Monte Cassino, znanego z przyjaźni ze słynnym niedźwiedziem Wojtkiem. Prof. Wojciech Narębski, mimo bardzo sędziwego wieku, również wziął udział w uroczystości wręczenia medalu, wspominając



Promocja MOO PCK; Stanisław Kracik Prezes Polskiego Czerwonego Krzyża wręcza Medal im. Florence Nightingale

podobną uroczystość wręczenia Medalu im. Florence Nightingale w 1975 pielęgniarce Julii Nenke.

Poniżej postaram się w skrócie przedstawić sylwetkę laureatki, korzystając z dostępnych źródeł oraz wspomnień Ani.

Anna Kaczmarczyk rozpoczęła służbę wojskową jako pierwsza kobieta w kompanii szturmowej 6 Brygady Desantowo-Szturmowej w Krakowie w roku 2000. Niedługo później, bo już w roku 2001, wraz ze swoją jednostką służyła na Bałkanach w składzie Polskiego Kontyngentu Wojskowego SFOR w Bośni i Hercegowinie. W 2009 r. wraz z „Czerwonymi Beretami” ponownie udała się na misję do Afganistanu. Na wiosnę 2009 r. wylądowała na lotnisku w Bagram, a następnie została przetransportowana do Ghazni, gdzie w środku pustyni służyła rannym żołnierzom w bazie wojskowej prawie do końca 2009 r.

Tę misję wspomina jako ciężkie doświadczenie. Doskwierała jej tęsknota za rodziną, trudny teren, ciężki klimat i nieustannie zagrożenie. Do tej pory widzi przed oczyma wielu rannych żołnierzy i najgorszą w takiej sytuacji, bezradność, gdy mimo ogromnego wysiłku nie można każdego rannego żołnierza uratować, przygnębienie, ból i smutek po stracie każdego z nich. Najgorsze było to, gdy żołnierz po wybuchu miny-ajdik, patrząc przerażonym



wzrokiem pytał, czy na pewno ma obydwie nogi i czy nie będą one amputowane oraz prośba, by zadzwonić do rodziny, że jest ranny, ale żyje. Wspomina też ze wzruszeniem dzień, w którym znajomemu żołnierzowi snajper przestrzelił obydwie ręce. Wymagał on stałej opieki medycznej w szpitalu wojskowym w Bagram. W tym samym dniu dotarła do nich informacja o żołnierzach, którzy zginęli w Rosomaku.

Pani porucznik Anna Kaczmarczyk na misjach pracowała w szpitalu, gdyż oprócz szkoły oficerskiej ma ukończone studia pielęgniarские. W szpitalu w Ghazni udzielała pomocy nie tylko polskim

moich marzeń, znając dokonania moich poprzedników. Dlatego tym bardziej jest mi niezmiernie miło, że zostałam odznaczona. To wspaniała wiadomość dla polskiego pielęgniarstwa, pielęgniarstwa wojskowego – powiedziała Anna Kaczmarczyk.

Medal Florence Nightingale został ustanowiony przez IX Konferencję Międzynarodowego Komitetu Czerwonego Krzyża w 1912 roku. Jest symbolem ofiarności i hartu w niesieniu pomocy chorym. Co dwa lata – na wnioski narodowych komitetów Czerwonego Krzyża – odznaczenie jest przyznawane dyplomowanym pielęgniarkom z różnych krajów, które w wyjątkowy sposób wyróżniły się



Promocja MOO PCK; Tadeusz Wadas Przewodniczący MORPiP przekazuje gratulacje od małopolskich pielęgniarek i położnych

żołnierzom, ale również żołnierzom wojsk koalicyjnych. Zaopatrywała również żołnierzy afgańskiej armii i funkcjonariuszy afgańskiej policji. Do szpitala po pomoc przychodziły także afgańskie kobiety z córkami. To też było trudne doświadczenie, bo sprawdzając je przed wejściem na teren bazy, nie zawsze była pewna czy to nie jest kobieta – samobójca, która pod swoimi szatami przenosi ładunki wybuchowe. Jednak chęć pomocy tym ciężko doświadczonym kobietom i ich dzieciom była silniejsza niż strach o własne życie...

– Nigdy nie myślałam, że uda mi się tak prestiżowe odznaczenie zdobyć, to było poza zasięgiem

w czasie wojny lub pokoju. Pierwszą Polką uhonorowaną Medalem Florence Nightingale była Maria Tarnowska (1923).

W imieniu Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz wszystkich członków naszego samorządu życzę, by nie zabrakło Ci nigdy pasji zdobywania wiedzy i dzielenia się nią z innymi, by ludzie, których masz wokół siebie, byli mądrzy, twórczy i dobrzy. Przepis na życie i życiową pasję już znalazłaś...

Źródło: PCK Kraków, Wspomnienia własne Anny Kaczmarczyk, OSP Pogórska Wola

Nagrody Nobla 2017 w dziedzinie fizjologii i medycyny za zegar biologiczny

Jeffrey C. Hall, Michael Rosbash i Michael W. Young zostali laureatami nagrody Nobla. Pracowali nad rytmem okołodobowym, czyli tzw. „wewnętrznym zegarem” człowieka. Prowadząc badania na muszce owocowej wyizolowali oni gen odpowiedzialny za zegar biologiczny. Wykazali, że gen ten koduje białko gromadzące się w komórkach w czasie nocy – i degradowane w ciągu dnia.

Kluczem do życia na naszej planecie jest zaadaptowanie się do otaczającego nas środowiska. Jest jednak jeden proces do którego – bez względu na położenie – dostosować się muszą wszyscy. To noc nadchodząca po dniu (albo, jak kto woli, dzień nadchodzący po nocy), cykl światła i ciemności, ciepła i zimna, uzależniony od obracającej się wokół własnej osi Ziemi. Wszystkie żyjące organizmy musiały się do tego dostosować, wytwarzając swój własny wewnętrzny biologiczny zegar zdolny przewidywać cykle dzień/noc i regulować pod tym kątem fizjologię i zachowanie.

Trochę ciekawej historii

Astronom Jean Jacques d’Ortous de Mairan

Mechanizmy adaptacji się do zmieniających się warunków środowiska. uczeni śledzili te już od starożytności. W XVIII wieku francuski astronom

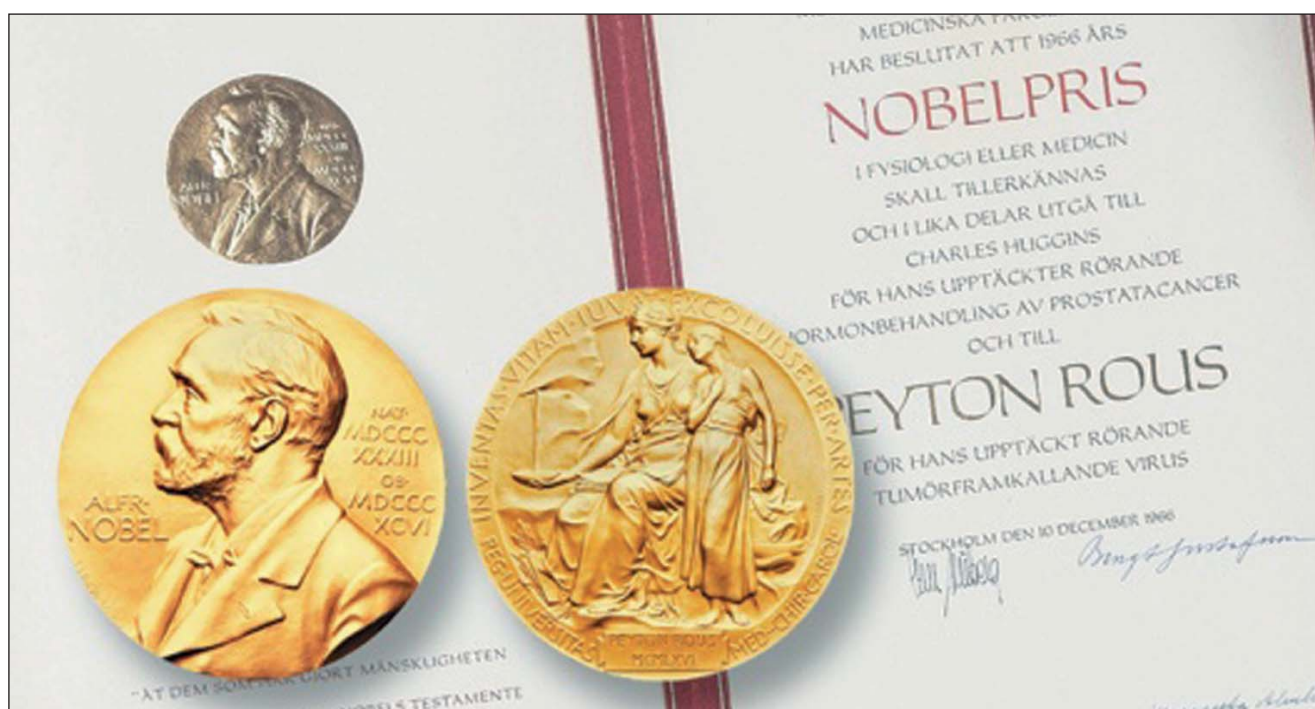
Jean Jacques d’Ortous de Mairan obserwując mimozę zauważył, że jej liście otwierają się za dnia i zamykają o zmierzchu. Postanowił sprawdzić, co stanie się, jeżeli roślina cały czas będzie w ciemnościach. Okazało się, że bez względu na to, liście cyklicznie otwierały się i zamykały. Francuz doszedł do wniosku, że cykl ten musi być sterowany przez jakąś formę wewnętrznego zegara.

Fizjolog Jürgen Aschoff

A co by się stało, gdyby ciemności się przedłużały? Czy nasze wewnętrzne zegarki przestawiłyby się? Aschoff, spędził w latach 60. ubiegłego wieku 28 dni w bunkrze. W totalnej ciemności, bez bodźców z zewnątrz. Nie wiedział, jaka jest pora dnia ani co dzieje się na zewnątrz. Okazało się, że mimo to spał każdego dnia około 8 godzin, a był aktywny 16. Ale z każdym dniem kładł się coraz później i później też wstawał. Zupełnie przestawił swój wewnętrzny czas w stosunku do świata. Jego doba była nieco dłuższa niż nasza – trwała 24,3 godz.

Geolog Michel Siffre

Michel Siffre – też w latach 60. prowadził badania trwające aż dwa miesiące. Zszedł na dno jaskini, z której ekipa miała go wyciągnąć po ośmiu



tygodniach. Koniec doświadczenia ustalono na 14 września. Gdy koledzy po niego przyszli, zaskoczony Siffre zrobił im najpierw karczemną awanturę, bo sądził, że jest dopiero 20 sierpnia. Ale tak nie było. Siffre stracił poczucie czasu. Jego wewnętrzna doba trwała 48 godzin. Był aktywny 36, a potem 12 godzin spał. I to, jak wynika z badań, jest chyba granica naszych możliwości – cykl dwudzienny zamiast dobowe.

Seymour Benzer, Ronald Konopka

W latach 70 tych XX wieku, Seymour Benzer i jego student Ronald Konopka zaczęli się zastanawiać, czy możliwe byłoby zidentyfikowanie genu kontrolującego rytm dobowy u muszki owocowej. Jako pierwsi zademonstrowali, że mutacja w pewnym, nieznanym jeszcze wówczas genie, zaburza rytm dobowy u muszek. Nazwali go genem „period” (z ang. okres). W jaki jednak sposób gen ten wpływa na zegar biologiczny i rytm dobowy?

Dobowy zegar biologiczny. Co to takiego?

Wszyscy podlegamy prawom biologii. Nasze geny (tzw. geny zegarowe) sprawiają, że ciało odmierz

ków takich jak światło czy temperatura. Te zewnętrzne sygnały nazywa się dawcami czasu; należą do nich również pożywienie i bodźce społeczne.

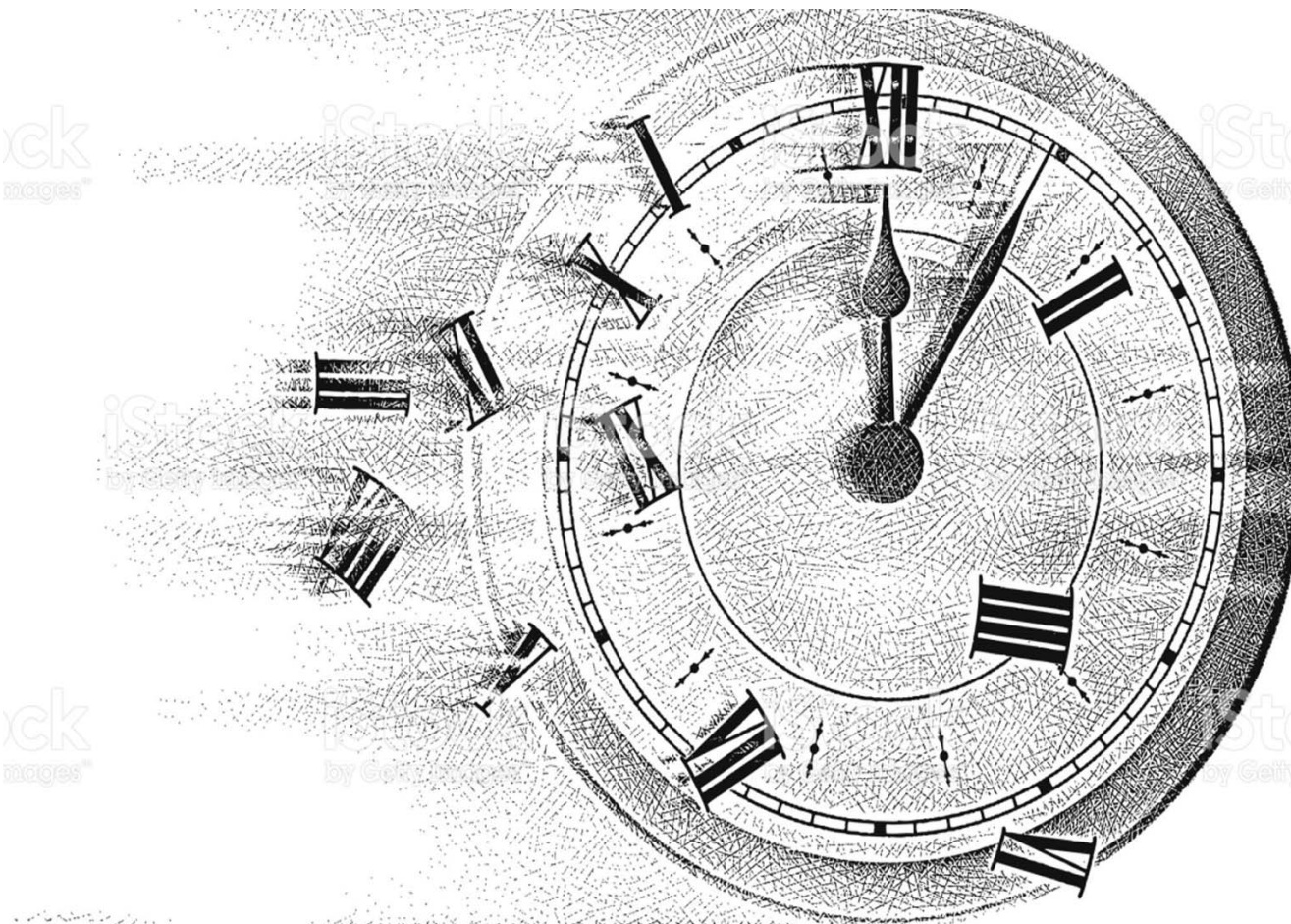
Jak to działa?

Cykl dobowy reguluje ośrodkowy układ nerwowy; główną rolę w tym procesie odgrywają jądra nadskrzyżowane w przedniej części podwzgórza, które kooperują z siatkówką. Cykl trwa około 24 godzin. Działanie zegara biologicznego reguluje melatonina produkowana przez szyszynkę. Uszkodzenie przedniej części podwzgórza, w której znajdują się jądra nadskrzyżowane, powoduje zanik cyklu dobowego.

Dobowy zegar biologiczny: zaburzenia

Zaburzenie cyklu dobowego wynika najczęściej z czynników zewnętrznych. Problemy z dostosowaniem zegara biologicznego do okoliczności mają osoby pracujące czy uczące się po nocach. Trzeba tu wspomnieć o dyżurujących na zmianie nocnej pielęgniarkach i położnych, u których praca na zmiany wpisana jest w zawód. Dobowy rytm rozregulowuje się. W niektórych przypadkach zaburzenia cyklu dobowego mają





przyczyny wewnętrzne. Osoby, które na nie cierpią, mają zegar biologiczny niedostosowany do czynników geograficznych np. na skutek dalekich podróży i „jet lagu”^{*}.

Objawy zaburzeń cyklu dobowego to: kłopoty z zaśnięciem, sen, który nie przynosi odpoczynku, otyłość, choroby serca, choroby dwubiegunowe i depresje, problemy z sercem, cukrzyca, zmęczenie i senność, bóle głowy, trudności ze skupieniem uwagi, dezorientacja, zły nastrój, drażliwość, zaburzenia apetytu, zaburzenia trawienia, zaburzenia hormonalne.

Podsumowanie

Mogłoby się wydawać, że w dzisiejszych czasach nie ma już czegoś takiego jak cykl dobowy. Pracujemy po nocach, wstajemy po południu lub w ogóle nie śpimy, dużo czasu spędzamy w biurach bez okien, mało przebywamy na otwartej przestrzeni, mało mamy kontaktu ze światem zewnętrznym.

A jednak rytm dobowy ma znaczenie! Każdy z nas powinien wsłuchać się w swój zegar biologiczny. Jak to zrobić? Myślę, że częściowo po przeczytaniu artykułu czytelnicy już to wiedzą, że nasz zegar biologiczny cyka i wyznacza nam rytm dobowy. Dostosowanie się do niego może sprawić, że poczujemy się lepiej i będziemy bardziej efektywni i zdrowsi. Zachęcam czytelników do pogłębienia tego bardzo ciekawego tematu i sięgnięcia do literatury przedmiotu.

Źródła: <http://www.newsweek.pl/wiedza/nauka/zegar-biologiczny-nobla-z-fizjologii-i-medycyny-zabadiania,artykuly>,
www.polityka.pl/tygodnikpolityka/nauka/

Opracowanie oraz uwagi własne:
Danuta Mioduszevska

^{*} Zespół nagłej zmiany strefy czasowej – pojawiający się w trakcie podróży, związany ze zmianą strefy czasowej. Objawy: niemożność skupienia uwagi, krańcowe zmęczenie, zaburzenia apetytu i zaburzenia żołądkowo-jelitowe, dezorientacja, senność, ból głowy.

Dobowy zegar biologiczny krok po kroku

- **5:00 – 6:00** Wczesny ranek najlepsza pora na uprawianie seksu – przynajmniej dla panów. Organizm powoli się wybudza, a mężczyźni mają najwyższy poziom testosteronu.
- **7:00 – 9:00** Czas na pobudkę i posiłek. Ciśnienie krwi wzrasta, przemiana materii rusza z kopyta. Solidne zdrowe śniadanie sprawi, że będziemy mieć mnóstwo energii.

Papieros na czczo jest wysoce niewskazany. Badacze sugerują, że tak wczesna pora owocuje największym ryzykiem zawału serca i udaru mózgu. Dlaczego? Naczynia krwionośne są zwężone, a poziom adrenaliny wzrasta.

- **10:00 – 12:00** Tu osiągamy szczyty efektywności. Mózg pracuje szybko i sprawnie, dobrze nam się myśli, jesteśmy kreatywni. Ciało jest wtedy najlepiej skoordynowane.
- **13:00 – 15:00** Czas na obiad! O tej porze najsprawniej przyswajamy wartościowe składniki odżywcze. Po 15 dobrze jest sobie uciąć krótką drzemkę, organizm powoli zwalnia, warto dostarczyć mu nieco sił do dalszego działania.
- **15:00 – 17:00** Jesteśmy najbardziej odporni na ból. O tej porze dnia dobrze znosimy wizytę u dentysty czy regulację brwi. Mięśnie są rozgrzane, stawy rozruszane, koordynacja ruchowa na najwyższych obrotach – dobry czas na ruch dla zdrowia np.: jogę, nordic walking, choreoterapię...
- **17:00 – 19:00** Świetna okazja do powtórki materiału, który przyswajaliśmy wcześniej. Mózg o tej porze wszystko sobie układa i przetrawia.
- **Do 19** powinniśmy zjeść kolację. Organizm przygotowuje się już do snu, spowalnia, produkcja soków trawiennych oraz metabolizm.

Doświadczenia japońskich naukowców, opublikowane w „The American Journal of Gastroenterology”, wskazują, że osoby, które jedzą ostatni posiłek później niż trzy godziny przed snem, są narażone na zdrowotne problemy. Wzrasta u nich ryzyko refluksu -dolegliwości, która objawia się zgagą, odbijaniem, piekącymi bólami zamostkowymi lub bólami brzucha. Może skutkować też poranną chrypką lub kaszlem.

- **21:00** Zaczyna się wydzielać melatonina, która steruje cyklem dobowym. Melatonina jest produkowana w zależności od światła. Wieczorna pora sprawia, że melatonina zwiększa swoje stężenie. Jesteśmy więc coraz bardziej senni.
- **22:00** Melatonina osiąga swoje szczyty. Co prawda niewielu z nas kładzie się o tak „wczesnej” porze, jednak warto to rozważyć, ponieważ ta pora pozostaje w zgodzie z naszym naturalnym cyklem dobowym.
- **2:00 – 3:00** Podczas snu mózg wyłącza świadomość, ciałem steruje wegetatywny układ nerwowy, który nie podlega naszej woli. Śpimy najsmaczniej.
- **3:00 – 5:00** Nerwowy układ wegetatywny zaczyna budzić organy wewnętrzne.

Opieka zdrowotna nad uczniami w Polsce i innych krajach Europy

Katarzyna Radiukiewicz – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Instytut Matki i Dziecka

Dzieci i młodzież w wieku szkolnym (7-19 lat), stanowią blisko pięćmilionową populację. Konceptje i organizacja opieki zdrowotnej nad dziećmi w wieku szkolnym w Rzeczypospolitej Polskiej na przestrzeni lat ulegały zmianom. Obecnie Ministerstwo Zdrowia proceduje założenia do ustawy o profilaktycznej opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym i dlatego postanowiliśmy w skrócie przybliżyć informacje o tym jak w Polsce przebiegły prace nad systemem profilaktycznej opieki nad uczniami i jak zorganizowano profilaktyczną opiekę nad uczniami w innych krajach europejskich. W 1992 roku wprowadzono zmodyfikowany system profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, który nie przewidywał stałej obecności lekarza i lekarza dentystry w szkole. Najpoważniejsza jednak reorganizacja nastąpiła w 1999 r., gdy weszła w życie reforma ochrony zdrowia. Reforma wprowadziła instytucję lekarza rodzinnego, sprawującego opiekę zdrowotną nad całą rodziną, w tym również nad dzieckiem. Przyjęte rozwiązanie miało zapewnić ciągłość opieki nad dzieckiem przez jednego lekarza. Nastąpiła zmiana postrzegania rozwoju i zdrowia dziecka, który zaczął być oceniany w kontekście jego sytuacji rodzinnej. Kluczowa stała się edukacja zdrowotna rodziców i tworzenie dla dzieci i młodzieży wzorców troski o zdrowie. Nie bez znaczenia było również przełamanie stereotypu, że za zdrowie dzieci odpowiada państwo, pracownicy ochrony zdrowia, zaś postawy zdrowotne rodziny i odpowiedzialność rodziców nie były brane pod uwagę.

Wdrożony w 2003 roku model profilaktycznej opieki zdrowotnej został opracowany z wykorzystaniem założeń promocji zdrowia oraz rozszerzonej strategii WHO „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”¹. Strategia ta określiła, że zdrowie dzieci i młodzieży zależy od wielu czynników pozamedycznych, w tym: statusu ekonomiczno-społecznego rodziny, stylu życia i zachowań związanych ze zdrowiem, wsparcia społecznego, środowiska fizycznego i społecznego w szkole i miejscu zamieszkania. Środowisko fizyczne i klimat szkoły mają istotne znaczenie dla kształtowania u dzieci i młodzieży postaw prozdrowotnych, które w dorosłym

życiu znajdą przełożenie na troskę o zdrowie własne i rodziny, w tym dokonywanie wyborów sprzyjających zdrowiu. Uznano, że do działań edukacyjnych i profilaktycznych jest konieczne zaangażowanie samych uczniów oraz dorosłych z ich najbliższego otoczenia – rodziców, pracowników szkoły, pracowników ochrony zdrowia i władz publicznych na poziomie samorządowym.

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze określają prawo dzieci i młodzieży do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarz dentysta sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w gabinetach poza szkołą. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania lub higienistka szkolna nazywane dalej pielęgniarką szkolną sprawują profilaktyczną opiekę nad uczniami w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. W przypadku braku na terenie szkoły gabinetu profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, profilaktyczna opieka zdrowotna jest sprawowana przez pielęgniarkę w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Obowiązujące rozwiązania legislacyjne i organizacyjne nie odbiegają od stosowanych w większości krajów Unii Europejskiej standardów opieki nad dziećmi i młodzieżą. W każdym z tych krajów jest podkreślane znaczenie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Badania stanu zdrowia dzieci i młodzieży we wszystkich krajach europejskich odbywają się w ramach opieki profilaktycznej realizowanej przez służby medyczne, choć różny jest ich zakres i miejsce przeprowadzania. Właściwe jest usytuowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Wszędzie jednak zakłada się, że zdrowie jest wyjściowym warunkiem osiągnięcia celów edukacyjnych. Szkoła w wielu krajach na całym

¹ Karski J.B., Kozierekiewicz A. (red.): Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI w. wyd. Vesalius, 2001.

świecie uznawana jest za kluczowe miejsce oraz partnera w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Usługi związane z tą opieką stanowią podstawową bazę kompleksowego podejścia do dbałości o zdrowie poszczególnych dzieci i całej społeczności szkolnej. Strategia opieki zdrowotnej nad uczniami uznawana jest w większości krajów za wysoce skuteczną. Przynosi ona wyraźne korzyści społeczne wewnątrz jak i poza szkołą, a także wspiera personel szkoły w ich głównych rolach.

W Czechach i na Słowacji nie ma osobnej, wyodrębnionej opieki zdrowotnej nad uczniami. Podobna sytuacja istnieje również w Niemczech, gdzie

Tabela 1. Zakres wieku dzieci i młodzieży objętych „Szkołą opieką zdrowotną” w wybranych krajach europejskich

Grupy wiekowe objęte Opieką Zdrowotną w Szkołach (SHS) w wybranych krajach europejskich	
Kraj	Wiek dzieci w latach
Austria	6-18
Włochy	0-18
Łotwa	1.5-3 oraz 7-18
Litwa	6-19
Luksemburg	4-18
Malta	3-11
Holandia	0-19
Portugalia	3-18
Słowenia	6-19
Hiszpania	6-16
Szwecja	6-19
Wielka Brytania	4-18
Belgia (Flandria)	2.5-18
Bułgaria	6-19
Chorwacja	6.5-26
Dania	6-16
Cypr	6-18
Estonia	6-19
Finlandia	7-15
Węgry	3-18
Norwegia	6-20

Źródło: *European Child Health Services and Systems: Lessons without Borders* – Ingrid Wolfe, Martin McKee, Open University Press. (Originally published: 2013)

badania lekarskie uczniów, edukację zdrowotną i promocję zdrowia nadzoruje publiczna służba zdrowia na poziomie landów.

Od lat 70. XX wieku działania te są włączone do pakietu świadczeń finansowanych w całości z niemieckich kas chorych. Istnieje także „Strategia rządu federalnego na rzecz promocji zdrowia dzieci”, w obrębie której projekty dotyczące zdrowia w szkole wspierane są przez krajowe i regionalne programy finansowania oraz przez Ministerstwo Edukacji i Ministerstwo Zdrowia. Od 2012 roku środowiska naukowe inicjują prace nad wdrożeniem systemu podobnego jak w innych krajach Europy i wprowadzenia do kształcenia pielęgniarek studiów magisterskich w dziedzinie pielęgniarstwa szkolnego.

Zakres wieku dzieci i młodzieży objętych „Szkołą opieką zdrowotną” zależy od systemu oświaty w poszczególnych krajach i obowiązku szkolnego oraz od tego, czy taką opieką objęte są również dzieci w przedszkolach. (Tab. 1) Prawie we wszystkich krajach dzieci rozpoczynają naukę w wieku sześciu lat (wyjątek Finlandia – 7 lat), a kończą w wieku 18 lat i taką grupę wiekową obejmuje system szkolnej opieki zdrowotnej. Do 19 roku życia system opieki zdrowotnej zapewnia się uczniom w Holandii, Słowenii, Szwecji, Bułgarii na Litwie i w Polsce, natomiast w Norwegii do 20 roku życia.

W większości krajów europejskich szkolna opieka zdrowotna nie obejmuje przedszkoli. Opieka taka zapewniona jest na Węgrzech, Łotwie, Holandii, Portugalii i we Włoszech.

Przegląd sytuacji w krajach europejskich wskazuje, że polski system opieki zdrowotnej w aspekcie wieku dzieci i młodzieży jest podobny jak w większości krajów Europy.

Za opiekę medyczną nad uczniami w wielu krajach odpowiedzialność ponosi Ministerstwo Zdrowia, a tylko w niewielu (np. we Francji) obowiązek ten spoczywa na Ministerstwie Edukacji, lecz towarzyszy temu wiele problemów związanych między innymi z rozdrobnieniem usług, częściowo z powodu finansowania, pochodzących z wielu różnych źródeł i braku jasności w kwestii odpowiedzialności za ich jakość.

Szkolna opieka zdrowotna jest integralną częścią zarówno sektora opieki zdrowotnej jak i edukacji, ale często różnice między tymi dwoma sektorami dotyczące czasem bardzo różnych działań powodują, że kluczowego znaczenia nabiera organizacja efektywnego zarządzania w ich realizacji (usługi świadczone są przez osoby zatrudnione w służbie zdrowia, ale pracujące na terenie szkoły).

Tabela 2. Organizacja systemów zdrowotnych w wybranych krajach europejskich

Instytucja zarządzająca szkolną opieką zdrowotną	
Ministerstwo Zdrowia	Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Holandia, Luxemburg, Malta, Rumunia
Ministerstwo Zdrowia i lokalne władze ochrony zdrowia i/lub zdrowia i edukacji	Estonia, Finlandia, Słowenia
Ministerstwo Edukacji	Austria, Francja
Połączenie Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Edukacji	Belgia, Litwa
Połączenie Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Edukacji i władz lokalnych	Hiszpania, Łotwa, Szwecja, Włochy
Tylko lokalne władze ochrony zdrowia	Dania, Portugalia, Węgry, Wielka Brytania
Sposób finansowania	
Tą samą drogą co ogólne finansowanie ochrony zdrowia	Chorwacja, Cypr, Dania, Estonia, Finlandia, Hiszpania, Luksemburg, Malta, Norwegia, Portugalia, Słowenia, Węgry, Wielka Brytania, Włochy
Odrębną drogą	Austria (budżet regionalny/gminny); Belgia (Ministerstwo Edukacji, przy ochronie zdrowia finansowanej przez pacjentów i z ubezpieczeń społecznych); Bułgaria (budżet gminny); Łotwa (budżet władz lokalnych), Litwa (budżet gminny); Rumunia (budżet Ministerstwa Zdrowia, poza ubezpieczeniami zdrowotnymi); Szwecja (budżet gminny).
Organizacja	
W oparciu o szkołę	Austria, Dania, Łotwa, Norwegia, Szwecja
Personel sprawujący opiekę zdrowotną dokonuje wizyt w szkole według ustalonego planu, ale usytuowany jest poza szkołą	Belgia, Chorwacja, Cypr, Hiszpania, Holandia, Malta, Słowenia, Wielka Brytania, Włochy
W oparciu o podstawową opiekę zdrowotną	Portugalia
W oparciu o szkołę i POZ	Bułgaria, Estonia, Finlandia, Litwa, Rumunia, Węgry
W oparciu o POZ i personel dokonujący wizyt w szkołach według ustalonego planu	Luksemburg

Źródło: *European Child Health Services and Systems: Lessons without Borders* – Ingrid Wolfe, Martin Mckee, Open University Press. (Originally published: 2013)

Stąd też istotne jest także ustalenie jasnych reguł finansowania i/lub dofinansowywania tej opieki.

W większości krajów europejskich opieka medyczna nad uczniami realizowana jest w pełnym lub częściowym oparciu o szkołę (56% Europejskiego regionu WHO), przy czym jej organizacja różni się w sposobie rozdziału miejsca usług między szkołą a podstawową opieką zdrowotną. (Tab. 2) Osobą świadczącą usługi opieki zdrowotnej usytuowanej w szkołach jest najczęściej pielęgniarka szkolna, czasem także lekarz szkolny i psycholog.

Systemy szkolnych usług zdrowotnych istnieją w krajach o niskim, średnim i wysokim poziomie szeroko rozumianych zasobów. Świadczenia zdrowotne związane z placówką szkolną i szkolne mogą obejmować szeroką gamę usług w ramach programów podstawowej i profilaktycznej opieki zdrowotnej. Obejmują one promocję zdrowia, badania przesiewowe, szczepienia ochronne, usługi stomatologiczne, dietetykę, poradnictwo na temat uzależnień od narkotyków, alkoholu i nikotyny oraz zaburzeń w zakresie zdrowia psychicznego, a także pierwszą pomoc przedlekarską. Okresowe badania

przesiewowe pozwalają na wstępną identyfikację zaburzeń w stanie zdrowia uczniów, dalsze diagnozowanie lub skierowanie uczniów do specjalistów. Świadczenia te w krajach europejskich mogą być realizowane przez podmioty lecznicze za pośrednictwem silnych powiązań ze szkołami lub mogą być prowadzone w szkołach, przez regularnie zaplanowane usługi od „wędrownych” pracowników służby zdrowia, pielęgniarki szkolne w pełnym lub w niepełnym wymiarze zatrudnienia, a nawet tzw. polikliniki międzyszkolne. (Tab. 3)

Usługi zdrowotne są wykonywane niezależnie od miejsca ich świadczenia i są formalnie potwierdzone przez podpisanie odpowiednich umów między instytucją edukacyjną (szkołą) a „dostawcą” usług opieki zdrowotnej.

Udoskonalanie systemu

Zmieniające się systemy oświatowe i programy nauczania oraz zmiany w zakresie ochrony zdrowia przy równoległej w czasie transformacji epidemiologicznej w Europie (od znikających zagrożeń chorobami zakaźnymi do rosnących problemów związanych z chorobami cywilizacyjnymi) rzutują w dużym stopniu na sytuację w szkolnej opiece zdrowotnej. Stąd w większości krajów jest ona stale doskonalona. (Tab. 4) Jedynie w 3 krajach od 20 lat nie przeprowadzono działań aktualizujących system Opieki Zdrowotnej w Szkołach (SHS/*School Health Services*), w kolejnych 3 od 10-14 lat.

Tabela 3. Badania profilaktyczne uczniów w wybranych krajach europejskich

Badania profilaktyczne według kraju, wieku (klasy), wykonawców w wybranych krajach europejskich		
Kraj	Wiek (klasa)*	Wykonawcy
Austria	Raz w roku szkolnym począwszy od rozpoczęcia nauki w szkole.	Lekarz. Nie może zlecać leczenia i wypisywać recept.
Anglia/Szkocja	Okazjonalnie.	
Finlandia	Kompleksowe badanie stanu zdrowia (i oddzielne badanie stanu zdrowia jamy ustnej) w klasie I (7 lat), kl. V (11 lat) i kl. VIII (14 lat); podstawowe badania raz w roku szkolnym we wszystkich innych klasach od II do IX. Pierwszy rok szkół średnich (16-17 lat) przez pielęgniarkę; drugi rok przez lekarza.	Kompleksowe badanie stanu zdrowia wykonywane jest przez pielęgniarki i lekarzy; Podstawowe badania zdrowotne wykonują pielęgniarki i dentyści.
Francja	Wiek 4, 6, 9, 12, 15 lat.	Wstępne badania przesiewowe wykonuje pielęgniarka, która w razie potrzeby przekazuje/kieruje ucznia do lekarza.
Holandia	Kilka wizytacji zdrowotnych w czasie nauki szkolnej, głównie klas II (5-6 lat) i VII (10-11 lat) szkoły podstawowej; oraz klas II (13-14 lat) klas średnich zgodnie z wytycznymi krajowymi. W niektórych regionach kraju są "badania wstępne" w IV klasach szkoły średniej.	Lekarze (wyspecjalizowani), pielęgniarki, asystenci lekarza. Nie jest przewidziane leczenie, wypisywanie recept, czy kierowanie pacjentów/uczniów na dalszą konsultację.
Szwecja	Wizyty zdrowotne w I (7 lat), V (11 lat), VIII (14 lat) i XI klasie (17 lat), ale może być zastosowany inny harmonogramy.	Badania rutynowe, głównie przez pielęgniarki. Lekarze są angażowani w wyjątkowych przypadkach. Systemy różnią się między gminami.
Włochy	Szkolna służba zdrowia została zniesiona, gdy powstała włoska Publiczna Służba Zdrowia.	Rutynowe badania zdrowia prowadzone są przez lekarzy pediatrów podstawowej opieki zdrowotnej.

* Mogą istnieć różnice wewnątrz krajów lub wytyczne nie są w pełni realizowane

Źródło: *European Child Health Services and Systems: Lessons without Borders* – Ingrid Wolfe, Martin Mckee, Open University Press. (Originally published: 2013)

Tabela 4. Aktualizacja systemu opieki zdrowotnej nad uczniami w krajach Unii Europejskiej.

Wyniki przeglądu Opieki Zdrowotnej w Szkołach (SHS) w wybranych krajach UE (raport WHO 2010)				
Kraj	Kiedy SHS była ostatnio aktualizowana	Co spowodowało korektę	Jaka była treść korekty	Jakie były wyniki
Austria	Ponad 20 lat temu.	(-)	(-)	(-)
Belgia (Flandria)	Rozpoczęto w 2000 roku.	Potrzeba integracyjnego podejścia do uzyskania dobrego samopoczucia /zdrowia uczniów.	Fuzja świadczeń służby zdrowia ze świadczeniami pedagogicznymi .	Lepsza skuteczność i efektywność; oszczędność finansów.
Bułgaria	W ciągu ostatnich 5 lat.	Ogólna reforma zdrowia rozpoczęła się w 2000 roku.	Przeniesienie niektórych działań (na przykład szczepienia, medyczne badania kontrolne) od szkolnego lekarza do lekarzy ogólnych (GP).	(-)
Chorwacja	Około 10-14 lat temu.	Zmiana całego systemu opieki zdrowotnej.	Koniec usług leczniczych w szkole: po reformie zostały wyłącznie usługi profilaktyczne i promocja zdrowia.	Reorientacja w kierunku poradnictwa, edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
Cypr	Od 2007 roku i nadal trwa.	Zmieniające się potrzeby zdrowotne uczniów; zbliżające się wprowadzenie krajowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych; zalecenie WHO 1999, aby uaktualnić SHS.	Zmiany strukturalne (odpowiednie zasoby ludzkie); Budowanie potencjału (szkolenia i zmiany metodologiczne); przegląd istniejących treści.	Rezultaty oczekiwane.
Estonia	Rozpoczęte w 2005 roku.	Ogólna reforma zdrowia rozpoczęła się w 2001 roku na podstawie nowej diagnozy potrzeb zdrowotnych uczniów.	Przejsie od bezpośredniej opieki medycznej do promocji zdrowia i zapobiegania chorobom.	Zmiana w praktycznej pracy w SHS.
Finlandia	Około 5-9 lat temu.	Konieczność aktualizowania starych zaleceń.	Nowe wytyczne dotyczą: dobrej promocji społeczności szkolnej; promocji zdrowia, profilaktyki chorób, pierwszej pomocy i opieki medycznej w szkołach; nauczania specjalnego; ochrony prywatności.	Realizacja opieki zdrowotnej w szkole.

cd. **Tabela 4.** Aktualizacja systemu opieki zdrowotnej nad uczniami w krajach Unii Europejskiej.

Dania	Trwają.	Nierówności zdrowotne; konieczność zwrócenia większej uwagi na promocję zdrowia i edukację zdrowotną i mniej procedur przesiewowych; potrzeba, aby podkreślić pracę zespołową oraz włączenie lekarzy ogólnych (GP).	Praca w toku.	(-)
Węgry	W ciągu ostatnich 5 lat i nadal trwa.	Konieczność przeglądu procedur i kryteriów badań przesiewowych i metod zbierania danych .	Praca w toku.	(-)
Włochy	Ponad 20 lat temu.	(-)	(-)	(-)
Łotwa	Około 5-9 lat temu.	Ogólna reforma systemu opieki zdrowotnej.	Akt prawny Rady Ministrów	Realizacja usług.
Litwa	W ciągu ostatnich 5 lat.	Nowe mechanizmy finansowania.	Przejęcie od indywidualnej opieki zdrowotnej do publicznej opieki zdrowotnej.	(-)
Luksemburg	Ponad 20 lat temu.	(-)	(-)	(-)
Malta	Około 10-14 lat temu.	Potrzeba lepszej organizacji w systemie HS.	Wprowadzenie normy rozwoju procedur badań przesiewowych i personalnej dokumentacji medycznej w wersji drukowanej.	Wczesne wykrycia problemów zdrowotnych i wczesne interwencje.
Holandia	Około 5-9 lat temu.	Konieczność zagwarantowania równości w zdrowiu.	Zmiana z programów regionalnych do jednego programu krajowego.	Realizacja usług.
Portugalia	W ciągu ostatnich 5 lat.	Konieczność zapewnienia lepszej jakości usług.	Wprowadzenie nowych przepisów; tworzenie pomieszczeń (gabinetów, biur) w obrębie szkół w celu dostosowania usług do potrzeb.	Uczniowie są znacznie bardziej otwarci w kontaktach z personelem medycznym SHS; istotne rezultaty, np. takich jak zmniejszenie nastoletnich ciąż.

cd. Tabela 4. Aktualizacja systemu opieki zdrowotnej nad uczniami w krajach Unii Europejskiej.

Rumunia	Około 5-9 lat temu.	Znaczny niedobór personelu SHS.	Decentralizacja odpowiedzialności administratorów lokalnych i szkół.	(-)
Słowenia	Około 5-9 lat temu.	Nowe ustalenia finansowe.	Odejście od specjalizacji w medycynie szkolnej; Oferowane usługi są obecnie w większości lecznicze.	Badanie nie zostało przeprowadzone.
Szwecja	W ciągu ostatnich 5 lat.	Potrzeba nowego dokumentu (poprzedni był z 1998r.).	Większy nacisk na psychosomatykę, zaburzenia zachowania, promocję zdrowia, uczniów ze specjalnymi potrzebami, zdrowie psychospołeczne, styl życia i problemy zdrowotne.	Badanie nie zostało przeprowadzone.
Norwegia	Około 10-14 lat temu.	Potrzeba wzmocnienia pracowników socjalnych i psychologów.	Redukcja procedur skriningowych i wzrost działań dla poprawy zdrowia psychicznego, problemów związanych ze stylem życia. Poprawa współpracy interdyscyplinarnej.	Zostały wprowadzone nowe programy i zrewidowano system kart zdrowia.

Źródło: *European Child Health Services and Systems: Lessons without Borders* – Ingrid Wolfe, Martin Mckee, Open University Press. (Originally published: 2013)

Podsumowanie

1. W polityce zdrowotnej państw europejskich problematyka zdrowia uczniów jako zbiorowości jest istotnym elementem zdrowia publicznego. Opieka zdrowotna w środowisku nauczania i wychowania opiera się na świadczeniach profilaktycznych z uwzględnieniem w dużej mierze edukacji zdrowotnej, realizowanej wspólnie przez pracowników ochrony zdrowia i szkoły.
2. Populacja szkolna w poszczególnych krajach obejmuje dzieci i młodzież, objętą obowiązkiem szkolnym oraz okresem kształcenia na poziomie podstawowym i średnim, czyli od istniejącego w danym kraju systemu oświaty. Prawie we wszystkich krajach europejskich dzieci rozpoczynają naukę w wieku sześciu lat, a kończą w wieku lat 18, z kilkoma wyjątkami. Organizacja opieki w większości krajów nie obejmuje dzieci w przedszkolach, jest ona włączona w system szkolnej opieki zdrowotnej tylko w 5 krajach (dane z roku 2013 r.).
3. Przepisy prawne generalnie lokalizują szkolną opiekę zdrowotną jako część publiczną

opieki zdrowotnej, stąd z wyjątkiem dwóch krajów (Austria i Francja) jest ona w gestii Ministra Zdrowia. Ministrowie Zdrowia poszczególnych krajów określają zakres opieki, jej organizację i finansowanie. Obowiązuje tu zasada ścisłej współpracy z Ministrem Edukacji i jego odpowiednikami na poszczególnych szczeblach administracji państwowej i samorządowej. Dotyczy to także ścisłej współpracy dyrekcji i nauczycieli z pracownikami ochrony zdrowia, którymi z reguły są pielęgniarki na terenie szkoły. W wielu krajach w opiece partycypują instytucje ubezpieczeń zdrowotnych, analogicznie jak w Polsce Narodowy Fundusz Zdrowia.

4. System szkolnej opieki zdrowotnej jest zróżnicowany i stanowi albo wydzieloną część systemu opieki zdrowotnej nad ludnością w ogóle (medycyna szkolna) lub wchodzi w zakres podstawowej opieki zdrowotnej.
5. Zakres zadań szkolnej opieki zdrowotnej, z pewnym zróżnicowaniem, zależy od państwa, sprowadza się do nadzoru nad zdrowiem zbiorowości szkolnej i jest realizowany przez testy przesiewowe (skriningi) o różnym

harmonogramie, wzmacniane w niektórych krajach pogłębionymi badaniami lekarskimi podobnymi do polskich bilansów zdrowia dzieci i młodzieży (Francja, Szwecja, Holandia, Finlandia), szczepieniami ochronnymi i edukacją zdrowotną.

6. W większości krajów europejskich zgodnie z raportem Światowej Organizacji Zdrowia (2010 r.) w zróżnicowanym zakresie i stopniu prowadzone są prace nad dalszym doskonalen-

niem szkolnej opieki zdrowotnej (SHS). Prace te stanowią z reguły jeden z elementów reformowania opieki zdrowotnej nad ludnością w ogóle. Dotyczy to organizacji, zakresu i finansowania opieki ze szczególnym uwzględnieniem zabezpieczenia kadrowego i dalszych form współpracy z nauczycielami, wychowawcami i rodzicami uczniów.

Piśmiennictwo w redakcji

Mózgi z laboratorium

Juergen A. Knoblich

Wszystko to, co czyni nas ludźmi, mieści się w 1,4 kg żółtawej tkanki, która tworzy ludzki mózg. To tutaj powstają nasze myśli, tu odczuwamy miłość lub nienawiść, tu rodzą się najbardziej kreatywne i najbardziej okrutne idee znane ludzkości. Ta struktura, o kształcie orzecha włoskiego, stanowi też najbardziej złożony narząd stworzony przez naturę. W mózgu znajduje się około 86 mld neuronów, czyli komórek nerwowych, które dla naszego przeżycia i rozwoju muszą powstać we właściwym momencie, ulec migracji w określone miejsce i stworzyć odpowiednie połączenia.

Zrozumienie, jak dokładnie rozwija się i funkcjonuje ludzki mózg, jest największym wyzwaniem współczesnej biologii. Większość tego, czego dowiedzieliśmy się na temat tego narządu od czasu narodzin neurobiologii ponad 100 lat temu, pochodzi z eksperymentów przeprowadzanych na zwierzętach – często na myszach albo szczurach. Naukowcy mogą uzasadniać takie podejście faktem, że myszy i ludzie mają podobną architekturę mózgu: mają wiele tego samego typu komórek nerwowych, a procesy umysłowe opierają się u nich na wykorzystywaniu zasadniczo tych samych części mózgu. Jednak ludzie i gryzonie różnią się pod jednym kluczowym względem. O ile mózg myszy ma gładką powierzchnię, o tyle mózg człowieka jest silnie pofałdowany. Laikowi ta różnica może wydawać się błaha. Neurobiolodzy są jednak przekonani, że właśnie to pofałdowanie odpowiada za całkowicie inne funkcjonowanie ludzkiego mózgu. Dzięki niemu w tej samej objętości może zmieścić się o wiele więcej neuronów. Jest to także rzucająca się w oczy cecha wszystkich „inteligentnych” zwierząt, takich jak małpy, koty, psy i wieloryby. Specjaliści biologii ewolucyjnej dowiedli, że pofałdowanie wynika z innej różnicy pomiędzy myszami i ludźmi:

neurony w wielu częściach mózgu powstają ze szczególnej grupy komórek prekursorowych, które u myszy są obecne tylko w minimalnej ilości.

Te różnice mogą tłumaczyć, dlaczego wiele częstych mutacji genetycznych, odpowiedzialnych za poważne zaburzenia neurologiczne u ludzi, wprowadzonych przez naukowców badających mechanizmy chorób u ludzi do mózgów myszy, wywołuje tylko niewielkie skutki. Jeśli te mutacje wpływają na rozwój lub utrzymanie prawidłowej architektury ludzkiego mózgu albo na funkcjonowanie komórek, które występują powszechnie tylko u człowieka, takie badania byłyby skazane na niepowodzenie. Ta wyjątkowa cecha ludzkiego mózgu może więc być jedną z przyczyn, dla których badania na gryzoniach nie przyniosły skutecznych metod leczenia takich chorób mózgu, jak schizofrenia, padaczka i autyzm.

Poznanie różnic między mózgami myszy i ludzi skłoniło badaczy do poszukiwania przydatniejszych metod przeprowadzania eksperymentalnych badań neurobiologicznych. Ostatnio w moim laboratorium powstała ekscytująca metoda: hodowla największych części rozwijającego się mózgu w miniaturze, na szalkach laboratoryjnych. Te struktury mózgowe, nazywane organoidami, stanowią dla neurobiologów model ludzkiego mózgu, który powinien dostarczyć informacji niemożliwych do uzyskania na podstawie badań prowadzonych na myszach. Naukowcy mogą obserwować, co dzieje się, kiedy taki mini-mózg, „mózg na szalce laboratoryjnej”, jest, na przykład, poddawany działaniu wirusa Zika, który może zaburzać rozwój tego narządu u płodu noszonego przez zarażoną kobietę, albo jeśli zostanie metodami inżynierii genetycznej poddany modyfikacjom, naśladującym wpływ choroby neurologicznej.

Źródło: <http://www.swiatnauki.pl/8,1651.html>

z dnia 2017-02-13

Hartowanie dzieci

Wisława Ostregę – Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży – Instytut Matki i Dziecka

W Skandynawii jest normą, że rodzice wystawiają dziecko na drzemkę na dwór w zimie. Przed restauracjami, przedszkolami, na balkonach i w ogródkach stoją dziecięce wózki. W niektórych miejscach są nawet specjalnie wydzielone wózkowe parkingi. Wszystko po to, by hartować maluchy. Drzemka na świeżym powietrzu dobrym rozwiązaniem i warto ją praktykować w każdą pogodę. Fińskie dzieci śpią na dworze przy temperaturach od $+5^{\circ}\text{C}$ do -27°C już od drugiego tygodnia życia.

W badaniach Fińskich stwierdzono, że doświadczenia rodziców, którzy kładli spać dzieci na dworze były głównie pozytywne. Rodzice zgłaszali, że 3% dzieci miało zimne palce w 1/4 przypadków spania na dworze przy temperaturze poniżej -15°C a przy temperaturze 0°C miały spocone szyje. Najczęściej stwierdzano zaczerwienienie policzków i zimne czubki nosa.

Finowie są niezłomni. Uparcie powtarzają, że nie ma czegoś takiego jak zła pogoda, jest jedynie złe ubranie. Już od 2 tygodnia życia przynajmniej raz dziennie a przy ładnej pogodzie częściej układa

się dzieci do snu na dworze. Dzieci śpiące na zewnątrz śpią dłużej w porównaniu z dziećmi śpiącymi w pomieszczeniach. Dlatego ich dzieci całe dnie spędzają w leśnych przedszkolach, gdzie przebywają na zewnątrz 4-6 godzin dziennie.

Wyposażone w ciepłą, wełnianą bieliznę i nieprzemakalne, ale oddychające ubrania, radośnie bawią się w zaspach śnieżnych, jeżdżą na nartach biegowych i sankach. A po skończonej zabawie idą spać na dworze – bez względu na to, czy pada śnieg, deszcz czy jest na minusie. Przed przedszkolami często są specjalne wiaty, które mają za zadanie chronić śpiące szkraby przed zacinającym deszczem lub śniegiem, ale temperatura w nich panująca jest dokładnie taka sama jak na zewnątrz. Za tę optymalną uważa się minus 5 stopni Celsjusza, ale nawet 15-stopniowy mróz ich nie zniechęca. Po prostu dokładają dzieciom dodatkowy koczek. Dlaczego drzemanie na mrozie jest tak bardzo korzystne?

Dzieci śpiące na dworze dłużej śpią, mają lepszy apetyt i oczywiście rzadziej chorują.

Badania przeprowadzone przez Institute of Health Sciences Uniwersytetu Oulu w Finlandii pokazują, że:

- Codzienne przebywanie na świeżym powietrzu to element budowania odporności. To mit, że infekcje biorą się z wychłodzenia. Infekcje powodują wirusy, które dużo łatwiej złapać w zamkniętym pomieszczeniu. Na zewnątrz zarazki trudniej się przenoszą. Poza tym dzieci od młodości przyzwyczajone do niskich temperatur lepiej sobie radzą z panującymi w okresie jesienno-zimowym infekcjami niż ich przebywający w zamkniętych pomieszczeniach rówieśnicy.
- Maluchy na powietrzu śpią dłużej. Przeciętna drzemka w pomieszczeniu trwa około 1–1,5 godziny, tymczasem na dworze dzieci potrafią spać nawet do 3 godzin. Prawdopodobnie chodzi o kontaminację dwóch czynników: ograniczenie

ruchów jest tu podobne jak przy spowijaniu, jednak nie dochodzi do przegrzania dziecka, co miałyby miejsce w zamkniętym pomieszczeniu.

- Długie przebywanie na świeżym powietrzu przekłada się także na lepszy sen w nocy.
- Aż 66% rodziców biorących udział w badaniu uważa, że ich dzieci są znacznie bardziej aktywne po drzemkach na dworze, a 88% – że ich dzieci lubią drzemać w ten sposób.
- Ważnym i niestety bardzo aktualnym przeciwskazaniem do tego, by dzieci spały na dworze jest zanieczyszczenie powietrza. Warto monitorować informacje o smogu i kiedy normy są przekroczone, kłaść dzieci spać w domu a nawet zupełnie zrezygnować z wychodzenia na zewnątrz!

Drzemka w skandynawskim stylu, czyli jak to zrobić, żeby było dobrze?

- Według Skandynawów już 2-tygodniowe niemowlęta mogą odbywać drzemki na dworze. Wierzenie? To nie w ich stylu! Optymalna dla organizmu jest temperatura minus 5 stopni Celsjusza. Nie oznacza to wcale, że gdy jest chłod-

niej, nie wolno wychodzić z domu. Skandynawskie dzieci drzemią w najlepsze także wtedy, gdy na termometrach jest minus 15.

- Dobre ubranie to podstawa. Szczególnie ważna jest pierwsza warstwa – ta, która jest najbliżej

skóry. Powinna być wykonana z naturalnych materiałów i oddychająca. Skandynawowie w tym wypadku stawiają na wełnę.

- Śpiworek powinien być wykonany z oddychającego, ale nieprzemakalnego materiału.
- Pamiętajmy o tym, aby nie przegrzewać dziecka. Spocona skóra jest bardzo podatna na odparzenia, skłonna do atopii i podrażnień. Szczególną uwagę należy zwrócić na okolicę pieluszkową.
- Pamiętajmy o ochronie skóry przed wiatrem i mrozem. Choć Skandynawowie unikają kremów ochronnych, my uważamy, że warto zadbać

o skórę. W tym celu wybierajmy kosmetyki tłuste, najlepiej na bazie naturalnych olei.

- Podczas drzemki należy pamiętać, aby nie zasłaniać buzi malucha – skroplone powietrze może powodować odmrożenia.
- Co jakiś czas warto zaglądać do dziecka, aby upewnić się, że wszystko jest w porządku. Dobrym pomysłem może być też tzw. elektryczna niania.

Opracowano na podstawie:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.821.526&rep=rep1&type=pdf>

Nordic Walking dla wszystkich

Ewa Strój, Joanna Balicka-Bom, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie

Nordic walking jest najbardziej naturalną formą aktywności ruchowej. Zapewnia harmonijną i wszechstronną pracę całego ciała, zmusza do umiarkowanego wysiłku, sprzyja wszechstronnemu rozwojowi. Trening znajduje zastosowanie zarówno w rekreacji ruchowej, jak i w rehabilitacji. Nordic walking jest kompleksowym treningiem całego ciała, poprawia ogólną wydolność organizmu, zwiększa siłę, wytrzymałość, równowagę, koordynację ruchów oraz zmniejsza obciążenia psychoemocjonalne. Regularna aktywność fizyczna przekłada się na długość życia i jego jakość.

Prawidłowa technika marszu podczas treningu Nordic Walking zapewnia zaangażowanie aż 90% mięśni ciała. Wydłużony krok pobudza do pracy większe grupy mięśniowe w porównaniu do pracy mięśni podczas codziennego spaceru. W większym stopniu pracują grupy mięśniowe stóp, podudzi, ud oraz mięśni pośladkowych.

Naprzemienne ruchy ramion w połączeniu z odpychaniem się od podłoża stanowią trening mięśni karku, barków, ramion oraz przedramion i dłoni. Rozciąganie mięśni w obrębie obręczy barkowej powoduje redukcję napięcia spowodowanego stresem. Rotacja wokół pionowej osi ciała wpływa na pracę mięśni brzucha oraz na mięśnie klatki piersiowej.

Nordic Walking jest wzorcowym treningiem dla układu krążenia oraz układu oddechowego. Otwieranie i zamykanie dłoni podczas odpychania kijem poprawia cyrkulację krwi. Niekwestionowaną zaletą treningu jest stabilny poziom ciśnienia tętniczego krwi podczas ćwiczeń siłowych.

Treningi wykonywane regularnie zapewniają wzmocnienie siły i wytrzymałości mięśni, poprawę krążenia i dotlenienia całego organizmu, poprawę

odporności, koordynacji i motoryki, ustabilizowanie ciśnienia tętniczego krwi, profilaktykę osteoporozy i chorób stawów, uratę zbędnych kilogramów oraz poprawę kondycji fizycznej.

Trening Nordic Walking jest również formą relaksu oraz odnowy dla układu nerwowego. Aktywność fizyczna, przebywanie na łonie natury, w towarzystwie osób o podobnych upodobaniach sprzyja łagodzeniu napięć nerwowych i stresu. Nieprawidłowe, nadmierne i asymetryczne napięcie mięśni wywołane obciążającą pracą, zmęczeniem, przewlekłym stresem prowadzi do powstania dolegliwości bólowych szyjnego odcinka kręgosłupa. Trening stanowi formę terapii, dającą szansę na odreagowanie napięcia towarzyszącego codziennym stresującym sytuacjom w pracy i w domu. Zaleca się systematyczny trening całoroczny, równoległy do pojawiających się kłopotów i niepowodzeń w życiu każdego człowieka.

Wysiłek fizyczny usuwa z organizmu hormony stresu, takie jak: kortyzon i adrenalinę, podnosi natomiast poziom hormonów szczęścia endorfin. Po zakończonym treningu odczuwane jest zadowolenie i odprężenie. Dodatkowymi aspektami są satysfakcja z osiągniętego celu, zadowolenie z siebie, zwiększenie wiary we własne możliwości oraz chęć podejmowania nowych wyzwań. Systematyczne ćwiczenia fizyczne ograniczają wystąpienie depresji u osób starszych. Nierzadko przyczyną dolegliwości bólowych lokalizowanych w okolicy krzyżowo-lędźwiowej jest ból pochodzenia psychicznego i najczęściej w praktyce jest to objaw depresji. U ponad 70% osób cierpiących na depresję dolegliwości bólowe lokalizowane przykręgosłupowo są głównym objawem somatycznym.

Nordic Walking jest odpowiednim treningiem dla osób z nadwagą. Za pomocą kijów można odciążać kręgosłup, stawy kończyn dolnych oraz asekurować się podczas marszu lub ćwiczeń, co pozwala unikać kontuzji. Początkowo zaleca się trening o małym bądź umiarkowanym tempie marszu, dopiero po kilku treningach można zwiększyć intensywność ćwiczeń. Regularna aktywność fizyczna wpływa na redukcję tkanki tłuszczowej, normalizację przemiany materii, a tym samym na powolny powrót do właściwej wagi ciała.

Osobom z dolegliwościami bólowymi ze strony kręgosłupa i stawów, poleca się trening Nordic Walking ze względu na możliwość zmniejszenia nacisku na obolałe miejsca i jednocześnie wzmacnianie mięśni podczas ćwiczeń. Używanie kijów zapewnia redukcję obciążenia stawów skokowych, kolanowych, biodrowych i kręgosłupa, co jest szczególnie istotne dla osób z otyłością, po operacjach lub ze stanami zwyrodnieniowymi.

Nordic Walking jest właściwą aktywnością fizyczną dla kobiet w okresie menopauzy. Regularne treningi mogą pomóc w zniwelowaniu nieprzyjemnych objawów towarzyszących przekwitaniu, takich jak: bezsenność lub uderzenia gorąca. Jednym ze skutków menopauzy jest obniżenie napięcia mięśniowego oraz rozluźnienie więzadeł, z kolei zmniejszenie elastyczności ścięgien zaburza biomechanikę kręgosłupa oraz jego stabilność.

Nordic Walking jest odpowiedni dla wszystkich grup wiekowych. Trening można przeprowadzić bez względu na pogodę, jako systematyczny proces rehabilitacji. Możliwość modyfikowania intensywności treningów sprawia, że ćwiczyć mogą zarówno osoby o słabej kondycji fizycznej, jak i sportowcy wyczynowi.

Rozpoczynając przygodę z Nordic Walking, należy wybrać odpowiedni sprzęt. Kije do Nordic Walking są lżejsze i krótsze niż kijki narciarskie, nie należy ich też mylić z kijkami trekkingowymi dostępnymi w wielu sklepach sieciowych. Kijki Nordic Walking posiadają dopasowaną rękojeść odpowiednio do lewej jak i prawej dłoni oraz mocowanie na nadgarstek w postaci rękawiczki. Poleca się rękojeści korkowe, które nie powodują otarć na dłoniach. Końcówki powinny być wykonane z hartowanej stali, ścięte pod kątem. W każdym zestawie kijów do Nordic Walking znajdują się gumowe nakładki na końcówki (tzw. buciki) przydatne podczas treningu na twardym podłożu (np. asfalt, chodnik) oraz podczas transportu (zabezpieczając ostrą końcówkę).

Najprostsza zasada doboru długości kijka mówi, że prawidłową jego długość można określić w po-

stawie stojącej, uginając rękę w łokciu pod kątem prostym, w dłoni trzymając rękojeść kijka, natomiast jego trzon powinien być postawiony na ziemi prostopadłe do podłoża. Jeśli w takiej pozycji ręka w łokciu jest ustawiona pod kątem prostym, to długość kijka jest prawidłowa.

Naukę Nordic Walking najlepiej rozpocząć pod okiem instruktora. Aby treningi były efektywne, warto nauczyć się techniki marszu od doświadczanego trenera. Właściwa technika marszu Nordic Walking zawiera kilka niuansów, na które ciężko zwrócić uwagę ćwicząc samemu.

Treningi Nordic Walking powinny odbywać się regularnie. Zaleca się, aby trenować 2-3 razy w tygodniu przez około 1,5 godziny. Pełny trening powinien zawierać rozgrzewkę, marsz, ćwiczenia wzmacniające, marsz, ćwiczenia rozciągające i wyciszenie organizmu. Prawidłowo przeprowadzona rozgrzewka powinna trwać około 10 minut. Po pierwszej części marszu trwającej około 30 minut należy zrobić przerwę na ćwiczenia. Przykładowo: można przeprowadzić ćwiczenia wzmacniające, oddechowe, ćwiczenia wywodzące się z jogi. Po etapie ćwiczeń marsz w drodze powrotnej jest mniej męczący. Trening powinien zakończyć ćwiczenia relaksacyjne wyrównujące oddech.

Aktywność fizyczna ma działanie terapeutyczne, jeżeli forma ćwiczeń ruchowych odpowiednio zostanie dobrana do konkretnego przypadku. Poleca się wcześniejsze wykonanie odpowiednich badań oraz ustalenie właściwej intensywności treningu.

W szeroko pojętej literaturze nie ma konkretnych przeciwwskazań do uprawiania Nordic Walking. Istnieje jednak kilka specyficznych sytuacji, kiedy udział w treningu należy poddać pod rozważenie i/lub skonsultować z lekarzem:

- ostry stan przewlekłej choroby
- gorączka
- duszność, osłabienie organizmu
- zawroty głowy, zaburzenia równowagi
- ostre urazy ortopedyczne (złamanie, zwichnięcie, skręcenie)
- arytmia
- nadmierne przyspieszenie częstotliwości akcji serca w spoczynku ($HR > 100$)
- podwyższone ciśnienie tętnicze ($RR > 160/90$)
- zakrzepowe zapalenie żył
- bardzo wysoka hiperglikemia ($> 280-300 \text{ mg\%}$)
- stan po wystąpieniu epizodu arytmii serca (do 2 miesięcy)
- stan po wszczepieniu stymulatora (do 2 miesięcy)
- stan po przebyciu zapalenia mięśnia sercowego (do 3 miesięcy)

- stan po zabiegu kardiochirurgicznym z przecięciem mostka (do 3 miesięcy)
- stan po zabiegu chirurgicznym na chrząstce stawowej (do 3 miesięcy)
- stan po założeniu endoprotezy biodra – cementowa (do 3-4 miesięcy)
- stan po zabiegu chirurgicznym w obrębie łąkotki (do 4 miesięcy)
- stan po rekonstrukcji ACL (do 4-5 miesięcy)
- stan po rekonstrukcji PCL (do 5-6 miesięcy)
- stan po wszczepieniu automatycznego kardiovertera-defibrylatora ICD (do 6 miesięcy)
- stan po założeniu endoprotezy biodra – bezcementowa (do 6-7 miesięcy)
- brak zgody lekarza prowadzącego.

Podsumowując, najważniejsze zasady treningu Nordic Walking to:

1. Wykluczenie przeciwwskazań przed rozpoczęciem treningu.
2. Korzystanie z kijków przeznaczonych do Nordic Walking.
3. Prawidłowo dobrana długość kijków do wzrostu i sprawności użytkownika.
4. Trening poprzedzony rozgrzewką i zakończony fazą wyciszenia organizmu.
5. Częstotliwość, intensywność i przebieg treningu dostosowane do uczestnika zajęć.
6. Prawidłowa technika jest ważniejsza niż szybkość marszu.

Piśmiennictwo w redakcji

Bądź szczęśliwą pielęgniarzką

Ewa Strój, Joanna Balicka-Bom, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie



W „Nursing Times”^{*} ukazał się artykuł podpowiadający, jak przemienić się w szczęśliwą pielęgniarzkę.

„Pielęgniarki często spędzają swoje życie skupiając się na potrzebach innych, a zaniedbują swoje. Najwyższy czas to zmienić”, pisze autorka artykułu, Claire Westwood.

Od czego zacząć?

Otóż nastawić się trzeba na długie tygodnie pracy nad sobą, ale nie przerażajmy się tym, na końcu tej drogi jest nasze **własne szczęście!**

Claire Westwood proponuje nam pracę nad sobą za pomocą „koła życia”.

Narysuj koło i podziel je na osiem części, każda z nich odpowiada poszczególnym częściom Twojego życia:

Zdrowie – zarówno psychiczne, jak i fizyczne

Dom – tam gdzie mieszkasz, ale też miasto, kraj

Praca, czy ją lubisz, czy pasuje do twoich umiejętności, wiedzy, wartości

Pieniądze, ile zarabiasz, ile wydajesz, ile inwestujesz

Rodzina, relacje z bliskimi, mężem, partnerem, dziećmi, rodzicami, rodzeństwem

Przyjaciele i życie towarzyskie, spotkania, czas dla przyjaciół

Nauka i rozwój, szkolenia, kursy, podróże

Koło życia



- | | |
|----------------|---------------------|
| ■ 1. ZDROWIE | ■ 6. PRZYJACIELE |
| ■ 2. DOM | ■ 7. NAUKA I ROZWÓJ |
| ■ 3. PRACA | ■ 8. ROZRYWKA |
| ■ 4. PIENIĄDZE | ■ 9. JA |
| ■ 5. RODZINA | |

Rozrywka, właśnie tak, nie jest zarezerwowana dla wybranych, nam też się należy.

Do wykresu możesz dodać dziewiątą sekcję, jeśli w wyżej wymienionych nie ma czegoś, co dla Ciebie jest bardzo istotne i nazwać ją dowolnie, np. „Ja”.

Każdej z części koła przyporządkuj do 10 punktów, w zależności od poziomu twojego zadowolenia z tej dziedziny życia.

Przykładowo: jeśli twoje życie rodzinne jest rewelacyjne i nie możesz sobie wyobrazić lepszego dasz mu 10/10 pkt, jeśli z pracy nie jesteś z jakiegoś powodu zadowolona i uważasz, że w tej dziedzinie potrzebujesz zmian wstaw tu np. 3-4 pkt (w zależności od odczuć) itd.

^{*} Nursing Times to miesięcznik dla pielęgniarek w Wielkiej Brytanii. Magazyn i jego strona internetowa (www.nursing-times.net) publikują oryginalne badania pielęgniarские.

Następnie zastanów się, co zrobić, aby w każdej dziedzinie podnieść wynik (najlepiej do 10/10). Możesz na tym etapie fantazjować do woli, co chcesz w życiu robić, gdzie chcesz być, co może uczynić Ciebie szczęśliwą.

Rada Claire Westwood: „Możesz zapisać swoje przemyślenia, ja tak robię, wyznaczam cele jedno i dwunasto-tygodniowe, w moim przypadku to działa”.

Zaczynamy. Opisz dokładnie, co się dzieje obecnie w poszczególnych dziedzinach Twojego życia. Jakie są pozytywne i negatywne strony. Przez mniej więcej tydzień prowadź pamiętnik.

Opisuj sytuacje, które się wydarzyły. Pomyśl co było dobre, co nie. Z czego jesteś zadowolona, z czego nie. Co możesz w poszczególnych dziedzinach osiągnąć.

Ważne jest, aby myśleć o tym, co Ciebie spotyka, jak rozwiązywać trudne sytuacje, jak sobie radzić.

Cele. Określ co dokładnie chcesz osiągnąć.

Działanie możliwe i aktualne. Pomyśl i spisz pomysły na polepszenie poszczególnych dziedzin.

Przyjaciele. Pomyśl o osobach, które mogą Ci w osiągnięciu celów pomóc – mąż, partner, przyjaciółka itd. Możesz też znaleźć kogoś, kto również chce zmienić swoje życie i pracować razem, na pewno będzie łatwiej.

Metoda małych kroczków

Zidentyfikuj, co zamierzasz zrobić, jeśli cel wydaje się nieosiągalny, wyznacz sobie drobne kroczki, które Cię do niego doprowadzą. Każde działa-

nie jest lepsze od trwania w miejscu i nie robieniu niczego.

Wyznacz następne cele. Określ dokładnie, co chcesz osiągnąć oraz rezultat, który Ci powie, że osiągnęłaś wyznaczone zamierzenie. Wyobraź sobie dokładnie, co chcesz osiągnąć i często o tym myśl, żyj w takim świecie w jakim chcesz żyć.

Działanie. Wyznacz sobie to, co zrobisz w tym tygodniu. Coś, co przesunie Twój wynik w kierunku 10 w kole życia. Im szybciej, tym lepiej.

To może być coś drobnego, jak np. zmiana diety na zdrowszą, telefon do przyjaciela bez okazji, po prostu żeby pogadać i przyjemnie spędzić czas, spędzenie czasu z dzieckiem itp.

Pamiętaj. Jedna dobra rzecz dziennie, którą robisz dla siebie, to 365 rzeczy w skali roku. Wyobraź sobie, jak bardzo Twoje życie może się zmienić na lepsze.

Refleksja. Pod koniec tygodnia oceń, co udało Ci się osiągnąć. Co zadziało, co nie. Czy brak sukcesu zależał tylko od Ciebie?

Czas na zmianę. Warto choćby zastanowić się nad własnym życiem, czego od niego i od siebie oczekujemy. Gdzie chcemy być za rok, dwa... może rzeczywiście czas na zmianę, zamiast trwania w czymś, co nie przynosi nam zadowolenia. W końcu to nasze życie, czemu więc nie spróbować?

Plan, który proponuje Claire Westwood wymaga zaangażowania, ale warto przecież chodzić o Twoje szczęście. Powodzenia.

Opracowała: Danuta Mioduszevska na podstawie Nursing Times 22 Maja 2009. Katarzyna Trzpiel

Cytaty z kategorii: Szczęście

Szczęście dlatego tak trudno znaleźć, gdyż znajduje się tam, gdzie się go nikt nie spodziewa.

Ilona Bodden

Człowiek jest nieszczęśliwy tylko dlatego, że nie wie, iż może być szczęśliwy.

Fiodor Dostojewski „Biesy”

Jak można przechodzić koło drzewa i nie być szczęśliwym, że się je widzi? Rozmawiać z człowiekiem i nie być szczęśliwym, że się go kocha?

Fiodor Dostojewski

Nie wart jest szczęścia, kto go nie umie uchwycić, gdy samo do niego przychodzi.

Miguel de Cervantes

Oplacz to, wykrzycz to, a później weź się w garść, stań na nogi i zacznij żyć. Możesz żyć tak szczęśliwie, że głowa mała!

Adam Szustak

Szczęście to radość z nowego dnia, bezchmurne niebo w południe i słowo „kocham” na dobranoc.

Katarzyna Michalak

Aby osiągnąć szczęście, trzeba znać cierpienie.

Jan Stępień

Zachowuj się tak, jakbyś już był szczęśliwy, a zobaczysz, że faktycznie będziesz szczęśliwy.

Dale Carnegie

Kiedy szczęście stoi przed nami, wydaje się tak wielkie, że sięga stropu nieba. Ażeby przejść przez nasz próg, robi się tak małe, że często już go nie dostrzegamy.

Carmen Sylva

Człowieka szczęśliwego można poznać po tym, że jest kochany przez tych, których najbardziej szanuje i podziwia.

Jonathan Carroll

Bo szczęście to przelotny gość. Szczęście to piórko na dłoni, co zjawia się, gdy samo chce gdy się zanim nie goni.

Anna Maria Jopek

Zebrała i opracowała Danuta Mioduszevska:

Źródło: <https://www.zamyslenie.pl/>



Dzień dziecka utraconego

Nikoleta Broda

W dniu 15 października co roku obchodzony jest Dzień Dziecka Utraconego, w którym upamiętniane są dzieci, które przedwcześnie od nas odeszły. W tym czasie organizowane są w wielu miejscach spotkania, prelekcje oraz uroczystości o charakterze religijnym. To wszystko dzieje się dlatego, że strata dziecka jest dla większości rodziców przeżyciem trudnym, więc potrzebują oni przestrzeni i czasu, aby wyrazić swój ból oraz móc spotkać się z innymi rodzicami podobnie doświadczonymi. Dziecko utracone to dziecko, które zmarło w wieku kilku, kilkunastu lat, ale również „małeństwo”, którego życie zakończyło się fazie prenatalnej.

Ponieważ większość szpitali nie miało uregulowanych zasad postępowania z pacjentkami po niekorzystnym zakończeniu ciąży, w roku 2015 z inicjatywy ówczesnego wojewody mazowieckiego Jacka Kozłowskiego, do 52 oddziałów położniczo-ginekologicznych na Mazowszu trafiły Rekomendacje postępowania z pacjentkami po stracie ciąży-Niekorzystne zakończenie ciąży.

Dokument stworzony został przez zespół specjalistów, w skład którego weszli m.in. Konsultant

Wojewódzki w Dziedzinie Perinatologii prof. dr hab. n. med. Krzysztof Czajkowski oraz Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Położnictwa i Ginekologii prof. dr hab. n. med. Bronisława Pietrzak, psycholog, osoba duchowna a także przedstawiciele Mazowieckiego Urzędu Wojewódzkiego. Zespół w swoich pracach opierał się w dużym stopniu na procedurach wprowadzonych w warszawskim Szpitalu im. Świętej Rodziny, przez ówczesnego dyrektora szpitala prof. dr hab. n. med. Bogdana Chazana oraz położną oddziałową Oddziału Położnictwa p. Hannę Kulczycką. Szpital ten był pierwszą placówką w Polsce, gdzie rodzicom umożliwiono godne pożegnanie dziecka oraz oferowano możliwość pochówku a także wsparcia psychologicznego.

Rekomendacje skierowane są do personelu oddziałów położniczo-ginekologicznych i stanowią podstawę do wypracowania przez każdą placówkę odpowiedniego modelu postępowania. Mają one służyć zapewnieniu kobietom, które tego chcą, godnego pożegnania się z dzieckiem a także zachowania po nim pamiątek. Nie mają natomiast na

celu narzucania pacjentkom konkretnych zachowań czy procedur.

Do Rekomendacji załączono ankietę, która służy personelowi medycznemu do uzyskania informacji, czy kobieta potrzebuje wsparcia i czy chce w ogóle rozmawiać o sytuacji, która ją spotkała. W dokumencie zawarto także pakiet podstawowych informacji, dotyczących urlopu macierzyńskiego, zasiłku macierzyńskiego i ewentualnie pogrzebowego. Proponuje się także pomoc psychologiczną rodzicom dziecka utraconego.

W ramach oceny funkcjonowania zaleceń, w połowie roku organizowane są spotkania podsumowujące, gdzie omawiane są m.in. wyniki ankiet ewaluacyjnych, w których personel medyczny zgłasza uwagi oraz obserwacje wynikające z codziennej praktyki. Badane są także warunki organizacyjne szpitali, dostępność pomieszczeń do pożegnania się, zapewnienia opieki psychologa, osoby duchownej itp.

W dniu 25 października br. w Mazowieckim Urzędzie Wojewódzkim odbyło się spotkanie ewaluacyjne, na którym zgromadzili się przedstawiciele mazowieckich placówek medycznych, którzy dzielili się swoimi doświadczeniami po wprowadzeniu procedur dotyczących polepszenia jakości opieki nad kobietą po stracie dziecka. Poruszano również tematy związane z procedurą transportu

dziecka *in utero* do placówki o wyższym poziomie referencyjnym. Spotkanie było drugim z kolei, na którym przedstawiono statystyki związane z poronieniami oraz umieralnością okołoporodową. Było ono okazją do wymiany doświadczeń oraz przedstawienia wątpliwości związanych z wprowadzaniem procedur związanych z Rekomendacjami. Na pytania odpowiadali: prof. Czajkowski oraz prof. Borszewska-Kornacka ze Szpitala na Karowej w Warszawie.

W opiece nad matką tracącą dziecko oraz jej rodziną, bardzo ważne są nasze kompetencje jako personelu medycznego oraz wiedza jak właściwie, ze zrozumieniem i poszanowaniem praw, przekazać podstawowe informacje pacjentce, której stan psychiczny po stracie dziecka bywa bardzo ciężki. Dzięki odpowiednim procedurom możemy zapewnić należyte wsparcie dla niej i jej bliskich. Konieczne jest monitorowanie przestrzegania procedur opieki nad matką tracącą dziecko, po to aby wypracować najlepszy dla danej placówki model tej opieki.

Treść opisanych Rekomendacji znajduje się w internecie pod adresem: www.mazowieckie.pl/download/1/36590/Niekorzystnezakonczenieciazy-Rekomendacjepestepowaniazpacjentkamidlapersonelemed.pdf

Rozdanie nagród dla laureatów „Konkursu dla uważnych czytelników”

Danuta Mioduszevska

Z przyjemnością informujemy, iż konkurs został rozstrzygnięty. Po zapoznaniu się ze wszystkimi odpowiedziami kolegium Redakcyjne wybrało zwycięzców:

**Panią Małgorzatę Kornatowską nagrodzono I miejscem,
Panią Ewę Pańko II miejscem,
Panią Agnieszkę Żółtowską III miejscem,
a Panią Elżbietę Fercowicz wyróżnieniem**

Przypominamy, iż konkurs został ogłoszony w tegorocznym numerze IMPULSU.

W dniu 16 listopada 2017 r w siedzibie WOIPiP odbyło się uroczyste wręczenie nagród laureatkom.

Nagrody wręczyła Elżbieta Madajczyk Przewodnicząca Okręgowej Rady Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Wiesława Ostrega Przewodnicząca Kolegium Redakcyjnego.

Na uroczystości obecni byli także członkowie kolegium redakcyjnego Danuta Mioduszevska, Bożena Pawłowska, Izabela Piotrowska i Monika Szydłowska.



Panie nagrodzone I, II i III miejscem otrzymały kosze delikatesowe oraz dyplomy pamiątkowe. Sponsorem nagród była firma

SŁUCHMED
APARATY SŁUCHOWE

której **bardzo dziękujemy.**



Osoba wyróżniona otrzymała statuetkę z logo WOIPiP i dyplom.

Wszystkim laureatkom serdecznie gratulujemy. Zachęcamy wszystkich Czytelników do uczestnictwa w następnych edycjach konkursu.

IMPULS

ISSN 1230-5901

Nr 1-2 (277-278), WARSZAWA, 2017 r.



WARSZAWSKA OKRĘGOWA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH
Biuletyn samorządu zawodowego pielęgniarzek i położnych



Spotkanie przebiegło w bardzo miłej atmosferze przy herbacie oraz domowych wypiekach członków kolegium redakcyjnego.



Podziękowania

Pani **Ewie Siemiradzkiej** w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, za profesjonalizm, życzliwość i koleżeńskość wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności, radości w życiu osobistym składają:
Pełnomocnik ds. Pielęgniarstwa
wraz z Zespołem Pielęgniarskim Klinicznego Oddziału Pediatrycznego Szpitala Bielańskiego w Warszawie

Pani **Jolancie Ptasńskiej** z okazji zakończenia pracy zawodowej serdeczne podziękowania za zaangażowanie w pracy, za wspólnie przepracowane lata, życzliwość, koleżeńskość, za godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, oddanie pacjentom, wyrozumiałość. Życzymy realizacji marzeń kiedyś odkładanych, zdrowia i wszelkiej pomyślności: Dyrekcja Szpitala Klinicznego Dzieciątka Jezus z Zespołem Pielęgniarek

Pani **Hannie Ostryńskiej** serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę pełną zaangażowania, profesjonalizmu, życzliwości i serdeczności wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności oraz realizacji marzeń życzą współpracownicy SPZOZ Warszawa Wola-Śródmieście

Jolancie Rybarczyk Kierownikowi CBO S.P.S.K. im. Orłowskiego z okazji zakończenia pracy zawodowej, serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, profesjonalizm, życzliwość, koleżeńskość oraz przekazywanie wiedzy i doświadczeń wielu pokoleniom pielęgniarek. Niech w Twoim życiu osobistym nastanie czas spokoju, zdrowia, powodzenia oraz spełnienia marzeń. Życzą: Anna Chruścikowska Pełnomocnik Dyrektora ds. pielęgniarstwa oraz koleżanki pielęgniarki i położne S.P.S.K. im. Orłowskiego w Warszawie

Drogiej Koleżance **Małgorzacie Sybilskiej** Pielęgniarce Oddziału Klinicznego Chirurgii Plastycznej z okazji zakończenia pracy zawodowej serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, uśmiech, życzliwość, koleżeńskość, godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, oddanie pacjentom, cierpliwość, wyrozumiałość. Życzymy długich lat życia w dobrym

zdrowiu, wszelkiej pomyślności i realizacji marzeń. Życzą: Anna Chruścikowska Pełnomocnik Dyrektora ds. Pielęgniarstwa oraz koleżanki pielęgniarki z Oddziału Chirurgii Plastycznej S.P.S.K. im. Orłowskiego w Warszawie

Pani Elżbiecie Ścioch wieloletniej Przełożonej SZPZLO Warszawa-Wesoła w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę zawodową, profesjonalizm, życzliwość i koleżeńskość, wspólnie przepracowane lata wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają Dyrekcja i Pracownicy SZPZLO Warszawa – Wesoła

Pani **Bożenie Błachnio** w związku z przejściem na emeryturę, podziękowania za pełną zaangażowania pracę, życzliwość, koleżeńskość, profesjonalizm, wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, realizacji marzeń i wszelkiej pomyślności składają Dyrekcja i Pracownicy SZPZLO Warszawa-Wesoła

Pani **Hannie Goździckiej** Pielęgniarce Kliniki Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, profesjonalizm, za oddanie, za godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, za wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych SPCSK WUM ul. Banacha 1A w Warszawie

Paniom: Starszej Pielęgniarce **Elżbiecie Poniatowskiej**, Starszej Położnej **Danucie Mosakiewicz** serdeczne podziękowania za pełną oddania pracę w Szpitalu Klinicznym im. ks. Anny Mazowieckiej ul. Karowa 2 Warszawa, Zaangażowanie Pań i poświęcony czas i wysiłek wpłynęły pozytywnie na podniesienie jakości świadczonych usług medycznych w naszym szpitalu. Jednocześnie życzymy zdrowia i pogody ducha na dalsze lata życia. Niech każdy następny dzień przynosi radość i satysfakcję z dobrze wypełnionego zadania i będzie okazją do odkrywania nowych uroków życia. Dyrekcja Szpitala oraz koleżanki i koledzy

Koleżance **Teresie Paciorek** Starszej Pielęgniarce, byłej Zastępcy Pielęgniarki Oddziałowej Pododdziału Intensywnej Terapii Kardiologicznej w związku z przejściem na emeryturę składamy najserdeczniejsze podziękowania za wspólnie przepracowane długie lata w Szpitalu Grochowskim – za profesjonalizm, odpowiedzialność, wrażliwość. Życzymy zdrowia i pomyślności w życiu osobistym. Dyrektor ds. Pielęgniarstwa oraz Zespół Pielęgniarski ze Szpitala Grochowskiego im. dr med. Rafała Masztaka Sp.z o.o. w Warszawie

Serdeczne podziękowanie **Ewie Wierzbickiej, Marii Malareckiej i Mirosławie Wojciechowskiej** za wieloletnią pracę pełną zaangażowania, profesjonalizmu, życzliwość i serdeczność wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności oraz realizacji marzeń życzą współpracownicy SPZOZ Warszawa Wola – Śródmieście

Podziękowanie dla Pielęgniarek odchodzących na emeryturę, Paniom: **Mariannie Grzybowskiej, Bogumile Woźnickiej, Alicji Czajkowskiej**, serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i koleżeńskość, wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają: Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Koleżanki i Koledzy z Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruzlicy w Otwocku

W imieniu współpracowników składam serdeczne podziękowania za wieloletnie zaangażowanie w pracy zawodowej Paniom: **Urszuli Jałosińskiej i Henryce Grochowskiej**. Życzę, aby wszystkie plany i marzenia odkładane na później spełniły się właśnie teraz. Życzę dobrego zdrowia, pogody ducha, ciepła i spokoju w życiu osobistym. Dyrektor ds Pielęgniarstwa MCLCHPiG w Otwocku

Pani **Mirosławie Jodłowskiej** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pracę zawodową, profesjonalizm, życzliwość oraz przekazywanie wiedzy i doświadczeń wielu pokoleniom pielęgniarek wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, radości i realizacji niespełnionych planów i marzeń składają pracownicy Kliniki Endokrynologii i Diabetologii CSK MSWiA w Warszawie

Paniom: Helenie Brzezińskiej, **Barbarze Teclaw, Wiesławie Zyśk** w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania

za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składają Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wraz z pielęgniarkami i położnymi Centrum Onkologii-Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie

Pani **Bożenie Malinowskiej** w związku z przejściem na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, koleżeńskość, wraz z życzeniami zdrowia, radości i wszelkiej pomyślności składa Przełożona Pielęgniarek i Położnych wraz z pielęgniarkami i położnymi z CePeLek przy Koszykowej w Warszawie

Pani **Irenie Sobieraj** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę w zawodzie położnej wraz z życzeniami zdrowia i pomyślności w życiu osobistym składają Dyrekcja oraz pracownicy SZPZLO w Piasecznie ul. Fabryczna 1

Koleżankom **Ani Kołomańskiej i Bogusi Siedleckiej** przechodzącym na emeryturę słowa uznania i szacunku za profesjonalizm, odpowiedzialność, rzetelność, zawodową, życzliwość oraz dobroć, którą czyniły podczas długoletniej pracy, słowa podziękowania wraz z życzeniami pomyślności, zdrowia i radości w życiu osobistym składają Anna Sadkowska Zastępca Dyrektora ds Pielęgniarstwa wraz z zespołem Dyrektorów, Pielęgniarek i Położnych SZPZLO Warszawa Ochota

Paniom: **Bożenie Rostek, Annie Tomaszewskiej, Hannie Stefaniuk, Teresie Wasilewskiej, Wiesławie Chrzanowskiej** w związku z przejściem na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, oddanie pacjentom, życzliwość i koleżeńskość wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności na przyszłość składają Dyrektor ds. Pielęgniarstwa wraz z zespołem pielęgniarskim Hospicjum przy MCLHCPiG w Otwocku

Pani **Małgorzacie Skomoroch** w związku z przejściem na emeryturę najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, życzliwość i koleżeńskość wraz

z życzeniami zdrowia, radości i wszelkiej pomyślności na przyszłość składa Zespół Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala Bielańskiego

Serdeczne podziękowania dla **Pani Katarzyny Kalicińskiej** za lata ciężkiej i wspaniałej pracy, poświęcenie, życzliwość dla ludzi wokół siebie. Życzenia wspaniałych lat na zasłużonym odpoczynku składają Dyrekcja Szpitala oraz koleżanki z pracy

Koleżanki i Koledzy z Centrum Onkologii-Institut dziękują Pani Pielęgniarkę **Jadwidze Małgorzacie Sadłowskiej** za serce i duszę włożone w pracę w naszej placówce

Z okazji przejścia na zasłużoną emeryturę składamy Pani **Irenie Skulskiej** w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, wraz z najlepszymi życzeniami wszelkiej pomyślności składają Naczelna Pielęgniarka, Położna Oddziałowa, Pełnomocnik Izb Pielęgniarskich oraz Pielęgniarki SWZPZOZ Warszawa ul. Nowowiejska 27

Drogiej Koleżance **Krystynie Kołtun** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, zaangażowanie, profesjonalizm i godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki oraz za życzliwość i koleżeńskość, wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności oraz spełnienia marzeń składają Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wraz z całym zespołem pielęgniarskim Międzyzleskiego Szpitala Specjalistycznego w Warszawie.

Koleżanki i Koledzy z Centrum Onkologii – Institut dziękują Koleżance Pielęgniarkę **Jadwidze Małgorzacie Sadłowskiej** za serce i duszę włożoną w pracę w naszej placówce.

Pani **Maryli Tetkowskiej** serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i koleżeńskość, z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składa Zespół Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej Szpitala Bielańskiego w Warszawie

Pani **Krystynie Michniewskiej-Redzie** Położnej Przychodni Specjalistycznej w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, za wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarki Przychodni Specjalistycznej SPCSK ul. Banacha 1a w Warszawie

Pani Pielęgniarkę **Elżbiecie Wielgus** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, profesjonalizm i zaangażowanie wraz z życzeniami zdrowia, szczęścia oraz powodzenia w życiu osobistym składa Dyrekcja SPZOZ Warszawa Wola-Śródmieście

W związku z przejściem na emeryturę drogim Koleżankom: **Danucie Biernackiej, Marii Gręda i Teresie Sitek** serdeczne podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, koleżeńskość, i wspólnie przepracowane lata wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składa Pielęgniarka Koordynująca z zespołem pielęgniarskim Szpitala Mazowieckiego Sp. z o.o. w Garwolinie

Paniom Pielęgniarkom: **Jolancie Waluga i Jolancie Lulaj** z Oddziału Neurochirurgii, **Grażynie Szymaniak i Bożenie Bębnistej** z Bloku Operacyjnego – serdeczne podziękowania za długoletnią pracę, z życzeniami zdrowia oraz wszelkiej pomyślności składają dyrekcja oraz koleżanki pielęgniarki Szpitala Dziecięcego przy Niekłańskiej w Warszawie.

Pani **Małgorzacie Borowskiej** Pielęgniarkę Poradni Psychiatrycznej w związku z przejściem na emeryturę składamy podziękowanie za wieloletnią pracę zawodową, profesjonalizm, zaangażowanie, empatię, wrażliwość, wzorową współpracę i koleżeńskość, wraz z życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym. Dyrekcja i Koleżanki z SPZO w Legionowie ul. Sowińskiego 4

Paniom **Ewie Kurylak, Małgorzacie Jaworskiej, Elżbiecie Szostakiewicz** w związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową oraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składają Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wraz z pielęgniarkami i położnymi Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie

Pożegnania



Z głębokim smutkiem i żalem żegnamy zmarłą w dniu 23.07.2017 r.
naszą Koleżankę, Pielęgniarkę, Dyrektor ds. Pielęgniarstwa

Panią Ewę Gadomską

Odeszła za wcześnie. Pozostanie w naszej pamięci jako dobry, życzliwy człowiek.
Pełna empatii pielęgniarka, przez całe swoje życie zawodowe
oddana naszemu szpitalowi.

Rodzinie składamy głębokie wyrazy współczucia.
„Nie umiera ten, kto trwa w sercach i pamięci naszej”.
Dyrekcja, koleżanki i koledzy Szpitala Dziecięcego
im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza



Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość
o śmierci naszej Koleżanki
Śp.

Lucyny Pączkowskiej

byłej Pielęgniarki Oddziałowej Kliniki Okulistyki – Bloku Operacyjnego.
Rodzinie składamy wyrazy współczucia.
Naczelną Pielęgniarką z Zespołem Pielęgniarskim
CSK MON WIM



Pozostanie w naszej pamięci jako wybitna Osobowość
otwarta na ludzi, serdeczna, życzliwa i skromna
Ś.P.

Stefania Hoch

Odeszła 31.10.2017 roku po 95 latach godnego, bogatego,
pięknego, ale niełatwego życia.
Pielęgniarka, położna, nauczycielka zawodu,
fundatorka Nagrody za Dobre Ludzkie Serce
odznaczona Medalem Komisji Edukacji Narodowej,
Medalem Florencji Nightingale,
Pośmiertnie uhonorowana najwyższym wyróżnieniem:
„Cierpiącym Przywrócić Nadzieję”.
Absolwentki i nauczycielki Szkoły Położnych w Warszawie

Uchwała Nr 23/V/R/2017
Okręgowej Rady Warszawskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
z dnia 4 stycznia 2017 r.

**w sprawie: zamieszczania reklam i ogłoszeń w biuletynie WOIPiP „IMPULS”
oraz na stronie www.woipip.pl**

Na podstawie art. 31 ust. 5 i oraz art. 90 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038), uchwała się co następuje:

§ 1 Ustala się cennik zamieszczania reklam i ogłoszeń (czarny kolor druku) w biuletynie WOIPiP IMPULS w następującej wysokości:

FORMAT/STRONA	CENA (zł)
II, III, IV strona 1/1 okładki	6 000 + VAT
II, III, IV strona 1/2 okładki	3 000 + VAT
II, III, IV strona 1/3 okładki	2 000 + VAT
II, III, IV strona 1/4 okładki	1 500 + VAT
1/1 strony wewnątrz numeru	4 000 + VAT
1/2 strony wewnątrz numeru	2 000 + VAT
1/3 strony wewnątrz numeru	1 400 + VAT
1/4 strony wewnątrz numeru	1 000 + VAT
Ogłoszenia drobne wewnątrz numeru	20 + VAT / za słowo

§ 2 Ustala się cenę zamieszczania reklam i ogłoszeń na witrynie internetowej WOIPiP w wysokości **20 zł + VAT za słowo**.

§ 3 Do powyższych cen za druk kolorowy obowiązuje dopłata 25% do ceny netto + VAT.

Przerwa w wykonywaniu zawodu

Zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej **„Pielęgniarka i położna mogą wykonywać zawód:**

- 1) w ramach umowy o pracę;
- 2) w ramach stosunku służbowego;
- 3) na podstawie umowy cywilnoprawnej;
- 4) w ramach wolontariatu;
- 5) w ramach praktyk zawodowych wymienionych w art 5 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.”

Zgodnie z art. 26 ust. 2b ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej **„Okres niewykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej rozpoczyna się z dniem rozwiązania lub wygaśnięcia umowy lub stosunku, o których mowa w art 19 ust. 1 pkt 1-3 (wyszczególnione powyżej), albo porozumienia – w przypadku wykonywania zawodu w ramach wolontariatu, oraz z dniem zakończenia lub zawieszenia wykonywania praktyki zawodowej.”**

Zgodnie z powyższym, **jeżeli wystąpiła przerwa w wykonywaniu zawodu**, zapraszamy do biura izby – Dział Prawa Wykonywania Zawodu z następującymi dokumentami:

- prawo wykonywania zawodu,
- świadectwo pracy z ostatniego miejsca zatrudnienia w charakterze pielęgniarki lub położnej,
- dyplom ukończenia szkoły medycznej,
- dowód osobisty,

Stosowne formularze i informacje otrzymacie Państwo do wypełnienia na miejscu.

Kontakt z działem Prawa Wykonywania Zawodu:

tel. 22 826 97 93

pwz@woipip.pl

Pn-Śr – 8.30-15.30

Czw – 8.30-16.30

Pt – nieczynne