

IMPULS

ISSN 1230-5901

Nr 3-4 (287-288), WARSZAWA, czerwiec 2018 r.



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

PIEŁĘGNIARKA ROKU 2017 NA MAZOWSZU

Renata Nowak (patrz zdjęcie na okładce),
pracująca w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie
została laureatką

**I miejsca Konkursu Pielęgniarka Roku 2017 na Mazowszu
oraz zajęła III miejsce w konkursie ogólnopolskim.**

Jestem absolwentką Liceum Medycznego im. Mikołaja Kopernika w Łowiczu, gdzie uzyskałam dyplom pielęgniarki. Początki mojej pracy zawodowej związane były z pracą na Sali Intensywnego Nadzoru przy Oddziale Chorób Wewnętrznych w Szpitalu Miejskim w Łowiczu. W 2001 roku podjęłam pracę w Warszawie, początkowo w Szpitalu Wolskim na Oddziale Kardiologii, a od 2007 roku w CSK MSWiA w Klinice Anestezjologii i Intensywnej Terapii gdzie pracuję do dziś.

W 2015 roku ukończyłam specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki na Wydziale Nauk o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i uzyskałam tytuł specjalisty. Obecnie kontynuuję na tej samej uczelni studia magisterskie. Posiadam również wykształcenie pedagogiczne i tytuł mgr filologii polskiej, mam za sobą okres pracy w Gimnazjum nr 3 w Skierniewicach jako nauczyciel polonista.

Przez cały okres swojej pracy zawodowej podnoszę swoje kwalifikacje zawodowe uczestnicząc w licznych kursach, szkoleniach i konferencjach naukowych.

Jest dla mnie zaszczytem reprezentowanie Mazowsza, Koleżanek i Kolegów pracujących w CSK MSWiA w finale Konkursu Pielęgniarka/ Pielęgniarz Roku 2017.

Renata Nowak



Pani Renacie Nowak
Serdecznie gratulujemy sukcesu.

Zespół Redakcji Impulsu

Redakcja:

Wisława Ostreǳa
– Przewodnicząca Kolegium
Redakcyjnego

Kolegium Redakcyjne:
Nikoleta Broda
Danuta Mioduszevska
Lena Serafin
Monika Szydlowska
Bożena Pawłowska
Izabela Piotrowska

Kontakt z redakcją:

Warszawska Okręgową
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

Pielęgniarka roku 2017 na Mazowszu	2
Mobbing wśród personelu medycznego.....	4
Systemy rejestracji nop w polsce i innych krajach	9
Czy częstość NOP zależała od miejsca wstrzyknięcia szczepionki?.....	13
Krztusiec (koklusz)	13
Opatrunki z bioplastiku – to może się udać	16
Wywiad z Nancy Mohrbacher	17
Etiologia bólu odcinka lędźwiowego i leczenie	22
Sprawozdanie z konferencji naukowo-szkoleniowej XXI Zjazdu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych	24
Relacja z beatyfikacji Hanny Chrzanowskiej	25
Szkolenia/konferencje/zjazdy/fora	27
Podziękowania	31
W rocznicę śmierci Władysławy Baǳajewskiej	35
Finał konkursu pielęgniarka/pielęgniarcz roku 2017	36

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.

MOBBING WŚRÓD PERSONELU MEDYCZNEGO

opracowanie: Wysława Ostrega

Coraz więcej i częściej mówi się o mobbingu – zjawisku jeszcze kilka lat temu nie znanym. Czy nasze zachowania wobec współpracowników zmieniły się na przestrzeni ostatnich lat? Czy wprowadzony termin precyzuje opis zjawiska dawno istniejącego lecz nie nazwanego precyzyjnie? Najczęściej gdy powstaje w języku nowy termin na istniejące już zjawisko oznacza to, że zwiększyło się społeczne zainteresowanie tą problematyką i zaistniała potrzeba doprecyzowania terminów, którymi się posługujemy.

Czym jest mobbing?

Mobbing – termin wywodzący się z języka angielskiego od wyrazu „mob” (z łac. *mobilis* „ruchomy”) co oznacza „tłum, natłok, banda”. Odpowiednikiem polskiego *mobbingu* po angielsku jest na ogół *workplace bullying* (znęcanie się w miejscu pracy) lub *workplace harassment* (nękanie w miejscu pracy). *Workplace mobbing* używany jest w tym znaczeniu jedynie w literaturze naukowej. Mobbing oznacza prześladowanie podwładnego lub współpracownika w miejscu pracy. Terminu mobbing w odniesieniu do zachowań występujących w grupach społecznych użył jako pierwszy szwedzki naukowiec Peter-Paul Heinemann. Mobbing zazwyczaj ma na celu lub skutkuje: poniżeniem, ośmieszeniem, zaniżeniem samooceny lub wyeliminowaniem albo odizolowaniem pracownika od współpracowników.



Międzynarodowa Organizacja Pracy definiuje pojęcie mobbingu jako obraźliwe zachowanie poprzez mściwe, okrutne, złośliwe lub upokarzające usiłowanie zaszkodzenia jednostce lub grupie pracowników. Obejmuje ono sprzysięganie się lub mobbing przeciwko wybranemu pracownikowi, który staje się przedmiotem psychicznego dręczenia. Mobbing charakteryzuje się stałymi, negatyw-

nymi uwagami lub krytyką, społecznym izolowaniem danej osoby, plotkowaniem lub rozprzestrzenianiem fałszywych informacji.

Taktyki mobbingu:

- taktyka upokarzania
 - nieuzasadniona krytyka
 - zniesławienie
 - wyśmiewanie
 - nieodpowiednie żarty
 - obraźliwe gesty
 - sarkazm
 - publiczne krytykowanie wyglądu
- taktyka zastraszania
 - zakaz robienia przerw pod groźbą utraty pracy
 - groźby ustne
 - używanie wulgaryzmów
 - stosowanie przemocy fizycznej
 - przymusowe zostawanie po godzinach pracy
 - zastraszanie zwolnieniem z pracy
 - karanie za dochodzenie swoich praw
- taktyka pomniejszenia kompetencji
- taktyka izolacji
- taktyka poniżania
- taktyka utrudniania wykonywania pracy.

Polska pielęgniarka zarabia miesięcznie średnio 2300 zł brutto. Aby zwiększyć swoje dochody, często pracuje w co najmniej dwóch miejscach. Jednak taką możliwość mają tylko pielęgniarki z dużych miast, gdzie jest wiele szpitali, zakładów opieki zdrowotnej czy korporacji medycznych. W małych miasteczkach tak nie jest. Tam kobiety pracują w jednym miejscu, pomimo poniżania, mobbingowania, ale wyboru nie mają. Ze statystyk wynika, że jedynie 10% spraw sądowych kończy się korzystnym dla ofiary mobbingu wyrokiem.

Co ciekawe, okazuje się, że mobbing panuje przede wszystkim w państwowej służbie zdrowia. W prywatnych szpitalach czy klinikach pielęgniarki zarabiają znacznie lepiej i twierdzą, że panuje tam „wysoka kultura pracy”.

Co o mobbingu mówi prawo?

Według art. 943 § 2. Kodeksu pracy (K.p.) mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękananiu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników. Istotnym jest fakt, iż osobą dopuszczającą się mobbingu nie musi być pracodawca, lecz może to być bezpośredni przełożony lub współpracownik.

Innymi słowy mobbing jest świadomym, uporczywym nękanieniem psychicznym pracownika w sposób werbalny lub niewerbalny przez przełożonego lub współpracownika, a nawet większą liczbę osób lub całą organizację (osoby nią zarządzające). W konsekwencji takiego zachowania pracownik jest w złym stanie psychicznym, przejawiającym się obniżoną samooceną, poczuciem odosobnienia, a nawet stanami lękowymi.

Pojęcie mobbingu jest zasadniczo nowością w polskim prawie pracy. Z tego też względu nie ma wystarczająco jasnych i ugruntowanych powszechną praktyką kryteriów wedle których możliwe byłoby bezsporne rozdzielenie zjawiska mobbingu od takich atrybutów pracodawcy czy przełożonego jak: egzekwowanie poleceń, egzekwowanie dyscypliny czy możliwość kształtowania preferowanych postaw i zachowań międzyludzkich w środowisku pracy.

Niezwykle istotne w świetle prawa jest to, że aby uznać konkretną osobę za ofiarę mobbingu, muszą zaistnieć wszystkie czynniki jednocześnie, czyli:

- działania lub zachowania dotyczą pracownika lub skierowane są przeciwko niemu,
- działania lub zachowania są długotrwałe i uporczywe,
- działania lub zachowania polegają na nękananiu lub zastraszaniu,
- celem oddziaływania jest poniżenie lub ośmieszenie pracownika, odizolowanie go od współpracowników lub wyeliminowanie z zespołu;
- w efekcie prowadzonych działań u pracownika występuje zaniżona ocena przydatności zawodowej, a także poczucie poniżenia czy ośmieszenia albo odizolowanie lub wyeliminowanie go z zespołu współpracowników.

Jakie obowiązki ma pracodawca?

Kodeks pracy w art. 943 § 1 wskazuje, że pracodawca jest obowiązany przeciwdziałać mobbingowi.

Oznacza to, że pracodawcy przepisami prawa zobowiązani są do podejmowania wszelkich działań, mających na celu zapobieganie zjawiskom mobbingu oraz do podjęcia niezbędnych działań w zaistniałej sytuacji. Do działań zapobiegających mobbingowi w miejscu pracy można zaliczyć antymobbingowe prawo wewnętrzne organizacji, sposoby zarządzania personelem oraz kreowanie odpowiedniej etyki i kultury organizacyjnej firmy.

Art. 943 §3 K.p. jest podstawą odpowiedzialności pracodawcy, daje pracownikowi możliwość dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego od pracodawcy za utratę zdrowia spowodowaną mobbingiem. Przedstawione zadośćuczynienie nie zostało określone w Kodeksie pracy dlatego na podstawie art. 300 K.p. stosuje się odpowiednio przepisy Kodeksu cywilnego (K.c.) (art. 445 K.c. oraz art. 444 K.c.).



Dodatkowo, jeżeli mobbing był przyczyną rozwiązania umowy o pracę, pracownikowi przysługuje prawo dochodzenia od pracodawcy odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę (art. 943 §4. K.p.)

Co może zrobić mobbingowany pracownik?

Jeśli pielęgniarka czuje, że jest ofiarą mobbingu w miejscu pracy, jak najszybciej powinna temu przeciwdziałać. Pierwszym krokiem jest powiadomienie o zaistniałym fakcie przełożonego. Powiadomienie musi się odbyć w takim trybie aby pielęgniarka miała dowód potwierdzający fakt powiadomienia (np. poproszenie o rozmowę za pomocą e-maila z zaznaczeniem tematu rozmowy). W sytuacji, kiedy osobą mobbingującą jest przełożony ofiary, o pomoc należy zwrócić się do kierownictwa wyższego szczebla lub do działu personalnego, jeśli wiemy, że otrzymamy oczekiwane wsparcie.

Z prawnego punktu widzenia ofiara mobbingu może oczekiwać wymiernego odszkodowania za odniesione krzywdy. Pokrzywdzony może starać się o odszkodowanie za uszczerbek na zdrowiu psychicznym lub fizycznym – sąd w oparciu o opinię lekarza biegłego określa wysokość odszkodowania. Drugim możliwym świadczeniem jest odszkodowanie za straty poniesione wskutek zwolnienia się z pracy przez mobbing. Jednak zanim osoba pokrzywdzona zacznie starać się o zadośćuczynienie doznanych krzywd, musi udowodnić przed sądem, że rzeczywiście mobbing miał miejsce.

Jak udowodnić, że pracownik jest ofiarą mobbingu?

O tym, czy mobbing rzeczywiście zaistniał, decyduje sąd. Niestety, sprawy dotyczące mobbingu w pracy nie należą do łatwych. Po pierwsze zazwyczaj rozpatrywane są przez długi czas. Wymagają ustalenia wielu okoliczności, sprawdzenia różnych materiałów dowodowych i przesłuchaniu wielu świadków – najczęściej współpracowników ofiary. Po drugie należy pamiętać, że **niestety to po stronie ofiary leży ciężar udowodnienia, że osoba oskarżona faktycznie dopuściła się mobbingu**. Jest to bardzo trudne dla ofiary, ponieważ w efekcie bycia poddaną mobbingowi, zazwyczaj jest osobą zastraszoną, która nie wierzy we własne siły. Dodatkowo codzienne funkcjonowanie w środowisku zawodowym, które czasami również jest negatywnie nastawione do ofiary, może być szczególnie trudne i obciążające psychicznie.

Udowodnienie stosowania mobbingu jest trudne, ale wykonalne. Gromadzenie dowodów to długotrwały proces, który należy rozpocząć, gdy tylko pojawią się do tego przesłanki. Jak przygotować się do rozprawy, aby dowieść przed sądem nękanie?

Osoba szykanowana w miejscu pracy musi przede wszystkim zdać sobie sprawę z tego, że cały ciężar udowodnienia mobbingu spoczywa na niej. Właśnie z tego powodu, zanim pracownik wniesie powództwo, powinien podjąć działania, które umożliwią mu udokumentowanie niedozwolonych zachowań.

Warto zapisywać wszystkie niepokojące zachowania i działania mobbingowe:

- obowiązkowym elementem w takim kalendarzyku powinny być **nazwiska osób**, które dopuszczają się nadużyć i szczegóły ich zachowania;
- dobrze jeśli przy każdej notatce umieścimy również **miejsce, czas oraz okoliczności** towarzyszące zdarzeniu.

- dowodem w sprawie mogą być również **listy, wiadomości sms, a także nagrania** zrobione dyktafonem, telefonem lub kamerą. Skutecznym potwierdzeniem nękania w pracy są też **e-mail'e**;
- w przypadku otrzymania wiadomości, która może świadczyć o nieprawidłowościach w miejscu pracy, powinno się ją od razu **wydrukować i nie kasować jej ze skrzynki odbiorczej**. Można także wystąpić do sądu o powołanie biegłego, który odczyta dane z komputera. Trzeba się jednak liczyć z tym, że jest to rozwiązanie bardzo kosztowne;



- dowodem w sprawie o mobbing może być także **długoterminowe zwolnienie L4** od lekarza specjalisty, które wskaże na tzw. objawy osiowe. Dominują one w reakcji organizmu w sferze neurologicznej, kardiologicznej, psychicznej itd. Problematyczne może okazać się jednak obiektywne wykazanie związku rozstroju zdrowia z mobbingiem. Za tego rodzaju straty przysługuje odszkodowanie w nielimitowanej kwocie. Jest ono ustalane na podstawie stopnia utraty zdrowia, następstw zawodowych lub społecznych.
- decydujący charakter w postępowaniu sądowym mogą mieć **przesłuchania współpracowników w charakterze świadków**. W praktyce ich powołanie często bywa bardzo trudne, ponieważ pracownicy nie chcą zeznawać na niekorzyść swojego aktualnego pracodawcy z powodu strachu przed utratą pracy lub innego rodzaju zemstą. Sprawy tego typu są zwykle jawne i pracodawca ma możliwość zapoznać się z treścią zeznań osób zatrudnionych w jego firmie. Z tego powodu częściej na świadków

powoływani są byli pracownicy danego przedsiębiorstwa.

Osoby dotknięte mobbingiem, powinny rozmawiać o swoim problemie z rodziną, kolegami, związkami zawodowymi od momentu zaobserwowania pierwszych oznak nękania. Im większa liczba osób będzie wiedziała o nagannych sytuacjach w miejscu pracy, tym łatwiej będzie je udowodnić.

Jeśli osobą szykanującą pracownika nie jest ktoś stojący na samej górze w hierarchii przedsiębiorstwa, należy składać formalne skargi na jego zachowanie do przełożonych. Każdy ma bowiem prawo zrobić to w sposób zapewniający mu poufność i poczucie bezpieczeństwa.

Gdzie szukać pomocy?

Ofiara mobbingu może szukać pomocy także w związkach zawodowych oraz innych organach władzy lub stowarzyszeniach, a szczególnie w samorządzie pielęgniarek i położnych, gdzie organem powołanym do rozstrzygania takich spraw jest m.in. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych. Warto gromadzić zaświadczenia wydawane przez te instytucje, ponieważ one również mogą stanowić dowód w sądzie.

Osoby zmagające się z mobbingiem mogą zgłosić się po pomoc prawną również do Państwowej Inspekcji Pracy. Nie jest to jednak instytucja, która

może orzec istnienie takiego zjawiska w zakładzie pracy. Inspektor weryfikuje jedynie prawdopodobieństwo wystąpienia działań noszących znamiona mobbingu.

Podstawą do tego jest anonimowa ankieta przeprowadzona wśród pracowników danego przedsiębiorstwa. Okazanie jej wyników podczas rozprawy w sądzie może być argumentem na korzyść osoby pokrzywdzonej.

Jakie działania może podjąć samorząd zawodowy?

Środowisko pielęgniarskie powinno wiedzieć, co to jest mobbing, co to przemoc psychiczna, manipulacja. Jeśli nasze nękane koleżanki uwierzą, że można powiedzieć „nie” mobbingowaniu, to już będzie połowa sukcesu. Musimy nauczyć się korzystania z instytucji, które służą do tego aby nas wspierały i broniły: samorząd zawodowy, związki zawodowe i inne stowarzyszenia działające w naszym otoczeniu.

Możliwości działania Izb Pielęgniarskich określa ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038, z 2013 r. poz. 779, 1247, 1650, z 2014 r. poz. 1004, z 2015 r. poz. 1640, z 2017 r. poz. 836). Obowiązek pielęgniarek i położnych stosowania się do zasad kodeksu etyki oraz należytego wykonywania zawodu może być egzekwowany przez organy samorządu zawodowego. Jak więc ustawa reguluje te kwestie?

Fragmety ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1038, z 2013 r. poz. 779, 1247, 1650, z 2014 r. poz. 1004, z 2015 r. poz. 1640, z 2017 r. poz. 836)

Art. 2. 1. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, zwany dalej „samorządem”, reprezentuje osoby wykonujące zawody pielęgniarki i położnej oraz sprawuje pieczę nad należyтым wykonywaniem tych zawodów w granicach interesu publicznego i dla jego ochrony.

Art. 4. 1. Zadaniem samorządu są w szczególności:

- 1) sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów;
- 2) ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej oraz sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem; (...)
- 5) integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych;
- 6) obrona godności zawodowej;
- 7) reprezentowanie i ochrona zawodów; (...)

2. Samorząd wykonuje swoje zadania w szczególności przez: (...) orzekanie w zakresie odpowiedzialności zawodowej;

Art. 11. 1. Członkowie samorządu mają prawo korzystać z pomocy izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych oraz ochrony właściwych warunków wykonywania zawodu; (...)

- 3) korzystać z ochrony i pomocy prawnej izb;

Art. 34. Okręgowy sąd:

- 1) rozpatruje sprawy z zakresu odpowiedzialności zawodowej wniesione przez okręgowego rzecznika;

Art. 35. 1. Okręgowy rzecznik:

- 1) prowadzi postępowanie wyjaśniające w sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej;
- 2) sprawuje funkcję oskarżyciela przed sądami pielęgniarek i położnych;

Art. 36. 1. Członkowie samorządu podlegają odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej lub przepisów dotyczących wykonywania zawodu, zwane dalej „przewinieniem zawodowym”.

Art. 48. 1. Rzecznik odpowiedzialności zawodowej niezwłocznie po otrzymaniu informacji wskazującej na możliwość popełnienia przewinienia zawodowego jest obowiązany wydać postanowienie o wszczęciu bądź o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego. Postanowienie doręcza się stronom.

Art. 54. 1. W przypadku gdy zebrane w postępowaniu wyjaśniającym lub przeprowadzone przed sądem pielęgniarek i położnych dowody wskazują z dużym prawdopodobieństwem, że osoba obwiniona popełniła przewinienie zawodowe, a rodzaj tego przewinienia wskazuje, że wykonywanie przez osobę obwinioną zawodu zagraża bezpieczeństwu pacjentów lub grozi popełnieniem kolejnego przewinienia zawodowego, sąd pielęgniarek i położnych może wydać postanowienie o tymczasowym zawieszeniu prawa wykonywania zawodu przez osobę obwinioną na okres nieprzekraczający 12 miesięcy.

Art. 60. 1. Sąd pielęgniarek i położnych może orzec następujące kary:

- 1) upomnienie;
- 2) naganę;
- 3) karę pieniężną;
- 4) zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w podmiotach leczniczych na okres od 1 roku do 5 lat;
- 5) zakaz pełnienia funkcji z wyboru w organach samorządu na okres od 1 roku do 5 lat;
- 6) ograniczenie zakresu czynności w wykonywaniu zawodu na okres od 6 miesięcy do 2 lat;
- 7) zawieszenie prawa wykonywania zawodu na okres od 1 roku do 5 lat;
- 8) pozbawienie prawa wykonywania zawodu.

Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki I Położnej zawiera zasady, zgodnie z którymi pielęgniarka powinna postępować, a za naruszenie których ponosić będzie konsekwencje. Pielęgniarka w chwili nadania jej tytułu zawodowego składa przyrzeczenie, w którym mowa jest m.in. o sprawowaniu profesjonalnej opieki nad życiem i zdrowiem ludzkim, przestrzeganiu tajemnicy zawodowej, rzetelnym wypełnianiu obowiązków wynikających z pracy w tym zawodzie.

Część szczegółowa Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych określa jak pielęgniarka powinna odnosić się do pacjenta, współpracowników oraz jakie mają prawa i obowiązki – m. in. pielęgniarka i położna ma obowiązek strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.

Zasady etyki zawodowej wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarki i położne do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu.

- Pielęgniarka/położna swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną powinna dbać o prestiż zawodu i podnosić jego znaczenie w społeczeństwie.
- Czynności zawodowe pielęgniarki/położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego.
- Pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienia zawodowe ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.
- Pielęgniarka/położna powinna cenić i szanować swój zawód, chronić jego godność, a w pracy zawodowej powinna postępować tak, aby budzić szacunek i zaufanie.
- Pielęgniarka/położna powinna powstrzymać się od jakiegokolwiek działania, które mogłoby spowodować złą opinię o zawodzie.
- Pielęgniarka/położna powinna otaczać szacunkiem historię i tradycję zawodu, dbać o pozytywny wizerunek zawodu.
- Stosunki między członkami samorządu powinny opierać się na wzajemnym szacunku, lojalności, koleżeństwie i solidarności zawodowej. Powinni oni dzielić się swoimi doświadczeniami i służyć sobie

pomocą. Wzajemna ocena winna być sprawiedliwa, a krytykę należy formułować w sposób bezstronny, przekazując ją w pierwszej kolejności osobie zainteresowanej. W przypadku braku reakcji i powtarzających się błędów pielęgniarka/położna powinna poinformować właściwą Okręgową Radę za pośrednictwem właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

- Pielęgniarka/położna mająca większe doświadczenie zawodowe powinna przekazywać młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności zawodowe oraz wzorce kultury i poszanowania człowieka. Moralnym obowiązkiem jest kształtowanie poczucia odpowiedzialności za wykonywaną pracę, nawyku uczciwości, rzetelności, pracowitości i dokładności.
- Pielęgniarka/położna nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich.
- Pełnieniu obowiązków kierowniczych przez pielęgniarki/położne powinno towarzyszyć poczucie odpowiedzialności za rozwój zawodowy i naukowy podwładnych.

Co jeszcze możemy zrobić?

O mobbingu, jeśli jesteśmy głęboko przekonani o swojej krzywdzie, trzeba głośno „wszem i wobec” mówić zamiast cierpliwie znosić go w samotności. Komu? Głównie w miejscu pracy, ze współpracownikami, koleżankami z przełożonym mobbingującego w sytuacjach, gdy przełożony naszego szefa nas wysłucha i jest obiektywny, ze specjalistą ds. zarządzania zasobami ludzkimi (kadrowcem), zgłosić sprawę do związków zawodowych, powiadomić o sytuacji pełnomocnika samorządu zawodowego (Izb) słowem zadbać, aby o sprawie dowiedziało się możliwie jak najwięcej ludzi w zakładzie pracy. Ma to na celu przygotowanie sobie przyszłych świadków oraz wywarcie nacisku na prześladowcę, aby zastanowił się nad swoim postępowaniem. To prześladowca chce ukryć swoją nikczemność, załatwiając z nami sprawę w „cztery oczy”. Nie ułatwiamy mu tego. Nie pozwólmy się zgniebić, zastraszyć, bo o to chodzi nasze-

mu prześladowcy. W tego typu rozmowach nie należy ukrywać swego poniżenia, ani wstydzić się go, nie czuć się gorszym pracownikiem, nie mieć poczucia winy, jasno przedstawiać swoje racje i ze szczegółami mówić o sposobie nękania przez mobbingującą osobę. Otwarcie, z podniesioną głową mówić o faktach, o skutkach, o swoim poczuciu krzywdy, o tym, jak się to przeżywa, o wpływie nękania na wyniki pracy, o wpływie na stan zdrowia, o korzystaniu z tego powodu ze zwolnienia chorobowego, w tym także od psychiatrii. Nie bać się piętna osoby chorej psychicznie, która korzysta z pomocy lekarza psychiatrii. O zdrowiu psychicznym świadczy przecież całe nasze dotychczasowe życie. To stosunki w pracy są w takim przypadku przyczyną zapaści naszego zdrowia psychicznego. Zwolnienia lekarskie z powodu stresu w pracy będą ważnym dowodem przed sądem pracy w sprawie o mobbing. Trzeba z nich korzystać.

Źródła i bibliografia u autora

SYSTEMY REJESTRACJI NOP W POLSCE I INNYCH KRAJACH

Magdalena Ewa Filipkiewicz, radca prawny

przedruk: „Medycyna Praktyczna – Szczepienia”,

<https://www.mp.pl/szczepienia/specjalne/177918,systemy-rejestracji-nop>

Skróty: GACVS – Światowy Komitet Doradczy ds. Bezpieczeństwa Szczepień, NIZP-PZH – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego-Państwowy Zakład Higieny, NOP – niepożądany odczyn poszczepienny, PPIS – Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny, PWIS – Państwowy Wojewódzki Inspektor Sanitarny, TGA – Therapeutic Goods Administration, VAERS – Vaccine Adverse Event Reporting System, WHO – Światowa Organizacja Zdrowia

Jak czytamy w raporcie Najwyższej Izby Kontroli (NIK), liczba zgłoszonych niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) ogółem zwiększyła się w latach 2011–2014 ponad 2-krotnie – z 1136 do 2346 przypadków. W kategorii ciężkich NOP liczba wahała

się między 8 w 2011 roku a 6 w 2014 roku. Natomiast liczba zgłoszonych NOP w dwóch pozostałych kategoriach zwiększyła się odpowiednio: w przypadku poważnych z 91 (w 2011 r.) do 125 (w 2014 r.), a w przypadku lekkich z 1037 (w 2011 r.) do 2215 (w 2014 r.).

Rejestry NOP na świecie

Nad bezpieczeństwem szczepień czuwa powołany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1999 roku Światowy Komitet Doradczy ds. Bezpieczeństwa Szczepień (Global Advisory Committee on Vaccine Safety – GACVS). Jest to organizacja o światowym zasięgu, która dwa razy w roku ocenia publikacje oraz wszystkie dostępne informacje dotyczące bezpośrednich lub odległych NOP. GACVS powołano w celu szybkiego, skutecznego i rygorystycznego reagowania w kwestiach bezpieczeństwa, tj. w sytuacji zagrożeń o potencjalnym znaczeniu globalnym. Komitet zapewnia niezależną, autorytatywną, naukową poradę dla WHO w kwestii bezpieczeństwa szczepionek o zasięgu ogólnoświatowym lub regionalnym, która może mieć wpływ na krótkoterminowe lub długoterminowe krajowe programy szczepień.

Stany Zjednoczone

W Stanach Zjednoczonych od 1990 roku działa Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS [*p. Med. Prakt. Pediatr. Supl. Szczepienia 2/2005, s. 4–12, oraz Med. Prakt. Szczepienia 4/2014, s. 104 – przyp. red.*]), będący krajowym systemem wczesnego ostrzegania i wykrywania potencjalnych problemów związanych z bezpieczeństwem zarejestrowanych w Stanach Zjednoczonych szczepionek. VAERS jest zarządzany przez dwie amerykańskie instytucje rządowe: Centers for Disease Control and Prevention (CDC) oraz



Food and Drug Administration (FDA). Do systemu VAERS są przyjmowane raporty o NOP. Zgłoszenie **podejrzania NOP** do VAERS może dokonać każdy – nie tylko personel placówek opieki zdrowotnej i producenci szczepionek, ale także sami użytkownicy szczepionek lub ich opiekunowie. Pracownicy placówek opieki zdrowotnej są zobowiązani do zgłaszania wszelkich ciężkich zdarzeń niepożądanych leków, o których wiedzą). Doniesienia o zdarzeniach niepożądanych w TGA są

Australia

W Australii działa The Therapeutic Goods Administration (TGA), będąca częścią tamtejszego Departamentu Zdrowia. TGA – podobnie jak inne agencje regulacyjne na całym świecie – monitoruje bezpieczeństwo leków, w tym szczepionek, w celu lepszego zrozumienia ich możliwych działań niepożądanych w przypadku stosowania poza kontrolowanymi warunkami badań klinicznych. Takie działania są znane jako „nadzór nad bezpieczeństwem farmakoterapii”. TGA współpracuje również z Krajowym Centrum Badań i Nadzoru nad Szczepieniami (National Center for Immunization Research & Surveillance – NCIRS) w zakresie NOP. NCIRS jest organizacją badawczą, która zapewnia niezależne porady ekspertów w zakresie wszystkich aspektów chorób, którym można zapobiegać poprzez szczepienia, a także w kwestiach społecznych i innych związanych ze szczepieniami w celu informowania o polityce i planowaniu usług szczepień w Australii. W Australii NOP może zgłosić każdy (raporty konsumentów i pracowników placówek opieki zdrowotnej są dobrowolne, a producenci są zobowiązani do zgłaszania wszelkich ciężkich zdarzeń niepożądanych leków, o których wiedzą). Doniesienia o zdarzeniach niepożądanych w TGA są



Food and Drug Administration (FDA). Do systemu VAERS są przyjmowane raporty o NOP. Zgłoszenie **podejrzania NOP** do VAERS może dokonać każdy – nie tylko personel placówek opieki zdrowotnej i producenci szczepionek, ale także sami użytkownicy szczepionek lub ich opiekunowie. Pracownicy placówek opieki zdrowotnej są zobowiązani do zgłaszania wszelkich ciężkich zdarzeń niepożądanych leków, o których wiedzą).

regularnie analizowane przez ekspertów medycznych. Następnie TGA dostarcza dane o zdarzeniach niepożądanych leku do bazy danych WHO – VigiBase, a TGA wykorzystuje dane w VigiBase podczas badania sygnałów bezpieczeństwa związanych z lekami dostarczonymi w Australii.

Rejestry NOP w Europie

W Europie podobną funkcję do GACVS realizuje Europejska Agencja Leków (EMA). Jest to zdecentralizowana agencja Unii Europejskiej (UE) z siedzibą w Londynie, która działa od 1995 roku. EMA jest odpowiedzialna za ocenę naukową, nadzór i monitorowanie bezpieczeństwa leków w UE – chroni zdrowie publiczne w 28 państwach członkowskich UE, a także w krajach Europejskiego Obszaru Gospodarczego. Odpowiada za to, aby wszystkie leki dostępne na rynku UE były bezpieczne, skuteczne i wysokiej jakości.

Niemcy

W Niemczech, w przeciwieństwie do wielu innych krajów, do 2001 roku nie było systemu rejestracji NOP. Od początku 2001 roku federalna ustawa o ochronie przed zakażeniami nakazuje zgłaszanie ciężkich NOP bezpośrednio do Instytutu Paula Erliha. Od 2007 roku Komitet ds. Szczepień Ochronnych (Ständige Impfkommission – STIKO) opracowuje kryteria określające, co jest standardową reakcją na szczepionkę, a co należy uznać za przekraczanie normalnej miary i opublikować w „Biuletynie epidemiologicznym”.

Polska

W Polsce system monitorowania NOP funkcjonuje od 1996 roku. Opracowano go w Zakładzie Epidemiologii Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) na podstawie zaleceń WHO dotyczących monitorowania bezpieczeństwa szczepień (WHO Drug Monitoring Programme, Extended Programme Immunization). System ten stanowi jeden z elementów składowych nadzoru epidemiologicznego. Zadaniem monitorowania NOP jest nie tylko prowadzenie świadomej polityki szczepień uwzględniającej zarówno ich skuteczność, jak i bezpieczeństwo, ale także uzyskanie wiedzy pomocnej w opracowaniu innowacyjnych, skutecznych szczepionek.



Lekarz, który podejrzewa lub rozpoznaje wystąpienie NOP, w ciągu 24 godzin musi dokonać zgłoszenia takiego przypadku do właściwego Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego (PPIS). Zgłoszenia dokonuje się na formularzu, którego wzór określa załącznik numer 2 do rozporządzenia w sprawie NOP. Zgłoszenie można przelać listem poleconym, pocztą elektroniczną lub przekazać osobiście. PPIS przesyła kopie formularza NOP, z zachowaniem poufności danych osobowych, do Zakładu Epidemiologii NIZP-PZH, Wydziału Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych (URPL), Wyrobów Medycznych i Preparatów Biobójczych, Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego (PWIS).

W przypadku otrzymania zgłoszenia ciężkiego NOP, PPIS powinien w ciągu godziny przekazać taką informację do PWIS, który w ciągu kolejnej godziny zobowiązany jest poinformować m.in. Głównego Inspektora Sanitarnego. PPIS prowadzi powiatowy rejestr zgłoszeń NOP na podstawie oryginałów zgłoszeń, a PWIS prowadzi wojewódzki rejestr zgłoszeń NOP na podstawie kopii formularzy zgłoszeń. Dane zgromadzone w rejestrze zgłoszeń NOP są przechowywane przez 10 lat od dnia zgłoszenia. Kontrola NIK ujawniła, że niektórzy świadczeniodawcy nie przestrzegają obowiązku przekazywania informacji o ciężkim NOP w ciągu 24 godzin od powzięcia jego podejrzenia. Wojewódzkie Stacje Sanitarne-Epidemiologiczne otrzymywały informacje o wystąpieniu ciężkiego lub poważnego NOP dopiero kilka lub kilkanaście dni po jego zgłoszeniu przez rodzica. Najczęstszą przyczyną takiego stanu była zwłoka lekarzy w przekazywaniu informacji o NOP oraz wybrany sposób ich przesłania (listownie bez wcześniejszej informacji telefonicznej lub mailowej).

W Zakładzie Epidemiologii NIZP-PZH każde zaburzenie stanu zdrowia zgłoszone na formularzu zgłoszenia NOP przez Inspekcję Sanitarną jest analizowane i kwalifikowane zgodnie z kryteriami opracowanymi przez światowych ekspertów. Ostatecznie zgłoszone NOP są weryfikowane, rejestrowane i udostępniane w biuletynie „Szczepienia Ochronne w Polsce”. Od końca 2013 roku rodzice i wszystkie zainteresowane osoby mogą zgłaszać NOP do Wydziału Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych URPL.

W porównaniu z...

Trudno porównać wszystkie systemy rejestracji NOP. Na potrzeby niniejszego artykułu (za portalem szczepienia.pzh.gov.pl, który posiada akredytację WHO i znajduje się na liście stron internetowych polecanych jako rzetelne i wiarygodne źródło informacji o szczepieniach) poniżej porównano **polski system** rejestracji NOP z **systemem norweskim**.

W obydwu krajach systemy zgłaszania NOP działają na podobnych zasadach. W celu zgłoszenia NOP lekarze są zobowiązani do wypełnienia papierowego formularza zawierającego informacje o objawach oraz nazwę i serię szczepionki, z której podaniem wiąże wystąpienie opisywanych objawów. Dane są przysyłane bezpośrednio do Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (w Norwegii) lub PPIS (w Polsce), za którego pośrednictwem trafiają na poziom centralny do NIZP-PZH. Na poziomie krajowym zespoły kwalifikują NOP według definicji WHO. Polska stosuje definicje odrębne, swoiste dla naszego kraju (tzw. definicje PZH). Częstość występowania NOP jest publikowana w rocznych raportach. W obydwu krajach nadzór nad NOP jest bierny, co oznacza, że o zgłoszeniu podejrzenia NOP decydują lekarze. Oba kraje posiadają dodatkowe systemy, w ramach których każdy może zgłosić NOP na formularzu dostępnym na stronie internetowej. Informacje te są weryfikowane, ale nie są uwzględniane w raportach rocznych. Interpretacja częstości występowania zarejestrowanych NOP jest trudne. W Norwegii rejestruje się więcej NOP, w tym ciężkich, wymagających hospitalizacji, chociaż podaje się tam mniej dawek szczepionek. Tendencja w Norwegii jest spadkowa, co może być związane z systematycznym unowocześnianiem kalendarza szczepień, a więc minimalizacją liczby wkluć przy maksymalizacji liczby antygenów. Badania pokazują bowiem, że NOP są w większym stopniu związane z liczbą wkluć, niż z liczbą antygenów. W Polsce występuje mniej NOP (po uwzględnieniu liczby podawanych dawek szczepionek). Jednak w ciągu ostatnich 10 lat

zaobserwowano tendencję wzrostową, co może być związane z poprawą zgłaszalności NOP w wyniku presji społecznej i zwiększonej świadomości lekarzy. W Norwegii mianownik do wyliczenia liczby dawek podanych w danym roku można pozyskać bezpośrednio z rejestru SYSVAK, natomiast w Polsce raporty roczne nie uwzględniają liczby podanych dawek, tylko odsetek zaszczepionych roczników. Według większości głosów obowiązujący w Polsce bierny nadzór epidemiologiczny nad zgłoszeniami NOP funkcjonuje stosunkowo dobrze, jednak nie jest pozbawiony wad i ograniczeń. Uwagę zwraca problem czułości systemu nadzoru, który w znacznej mierze opiera się na odpowiedzialności i profesjonalizmie personelu medycznego zgłaszającego przypadki NOP, problem czułości rodziców dziecka pod kątem ewentualnych niepożądanych objawów, a także sama świadomość, że w przypadku ich wystąpienia trzeba się zgłosić do lekarza, który na podstawie obserwowanych objawów oraz przeprowadzonego badania podejmie decyzję o zasadności zgłoszenia danego przypadku jako NOP. Wobec powszechnych kampanii przeciwko szczepieniom niektóre NOP są zgłaszane „na życzenie” lub nawet „na żądanie” rodziców kilka tygodni po szczepieniu, bez wcześniejszej wizyty u lekarza w czasie trwania objawów i możliwości ich oceny.

Piśmiennictwo:

1. vaers.hhs.gov/index.html
2. www.vaccineinjury.info/index.php
3. www.who.int/vaccine_safety/initiative/communication/network/gacvs/en/
4. www.ema.europa.eu/ema/
5. www.tga.gov.au/

szczepienia

serwis dla lekarzy i pielęgniarek

- zalecenia i wytyczne ■ przegląd najnowszych badań ■ praktyka kliniczna ■ aspekty prawne
- odpowiedzi ekspertów ■ wykłady ■ filmy
- aktualności ■ wywiady

mp.pl

medycyna praktyczna dla lekarzy

mp.pl/szczepienia



CZY CZĘSTOŚĆ NOP ZALEŻAŁA OD MIEJSCA WSTRZYKNIĘCIA SZCZEPIONKI?

„Vaccination site and risk of local reactions in children 1 through 6 years of age”
L.A. Jackson i wsp., Pediatrics, 2013; 131: 283–289

przedruk: „Medycyna Praktyczna – Szczepienia”,

<https://www.mp.pl/szczepienia/przeglad/procedurytechnika/86846,czy-czestosc-nop-zalezala-od-miejsca-wstrzyknienia-szczepionki>

W amerykańskim badaniu kohortowym z retrospektywnym zbieraniem danych oceniono ryzyko wystąpienia miejscowych niepożądanych odczynów poszczepiennych (NOP) wymagających porady lekarskiej w zależności od okolicy anatomicznej, w którą wstrzyknięto szczepionkę (ramię lub udo). Badaniem objęto 1,4 miliona dzieci w wieku 1–6 lat, którym w latach 2002–2009 podano domięśniowo łącznie 6 milionów dawek szczepionek. W głównej analizie uwzględniono preparaty, których nie podawano podczas tej samej wizyty razem z innymi szczepionkami, tj. przeciwko WZW typu A (HepA), przeciwko błonicy, tężcowi i krztuścowi (DTPa) oraz przeciwko grypie (TIV). Ryzyko wystąpienia miejscowych NOP po wstrzyknięciu HepA i TIV w ramię i udo było podobne (RR odpowiednio: 1,09 [95% CI: 0,91–1,3] i 1,08 [95% CI: 0,92–1,28]). Natomiast ryzyko NOP po DTPa było znacznie większe w przypadku wstrzyknięcia szczepionki w ramię u dzieci w wieku 12–35 mie-

sięcy (RR: 1,88 [95% CI: 1,34–2,65]), ale w starszej grupie wiekowej (3–6 lat) zwiększenie ryzyka nie było statystycznie istotne (RR: 1,41 [95% CI: 0,84–2,34]). W dodatkowej analizie oceniono natomiast ryzyko wystąpienia NOP po domięśniowym podaniu podczas jednej wizyty dwóch różnych szczepionek: HepA, DTPa, TIV, skoniugowanej 7-walentnej przeciwko pneumokokom i przeciwko *Haemophilus influenzae* typu b. Zaobserwowano, że ryzyko wystąpienia miejscowych NOP zwiększało się po jednoczesnym podaniu w ramię HepA i DTPa (RR: 2,13 [95% CI: 1,44–3,15]).

Autorzy badania wyciągnęli wniosek, że ryzyko miejscowych NOP po wstrzyknięciu w ramię szczepionki DTPa było zwiększone u dzieci w wieku 12–35 miesięcy. Obserwacja ta potwierdza zasadność obowiązującego zalecenia, aby u dzieci w wieku 1–2 lat w celu wstrzyknięcia szczepionek domięśniowo preferować przednio-boczną okolice uda.



KRZTUSIEC (koklusz)

przedruk: <https://www.mp.pl/szczepienia/artykuly/podrecznik/99502,krztusiec-koklusz>
Interna Szczeklika – Podręcznik chorób wewnętrznych 2014

prof. dr hab. med. Jacek Wysocki¹, dr med. Bożena Dubiel², Jacek Mrukowicz³

¹ Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu

² Polski Instytut Evidence Based Medicine, Kraków

³ Redaktor naczelny „Medycyny Praktycznej – Pediatrii” i „Medycyny Praktycznej – Szczepienia”, dyrektor Polskiego Instytutu Evidence-Based Medicine w Krakowie

Definicja

Krztusiec jest bakteryjną chorobą zakaźną przebiegającą pod postacią zapalenia oskrzeli o przewlekającym się charakterze, z ciężkimi napadami kaszlu.

Etiologia i patogeneza

1. Czynniki etiologiczne: Gram-ujemna pałeczka tlenowa *Bordetella pertussis* wytwarzająca toksynę krztuścową; wrotami zakażenia są górne drogi oddechowe. Toksyna powoduje martwicę nabłonka dróg oddechowych (najbardziej nasiloną w tchawicy), czego skutkiem jest zaburzenie wydzielania śluzu (gęsty i lepki) i silne pobudzenie odruchu kaszlowego.

2. Rezerwuariat i droga przenoszenia: jedynym rezerwuarem są ludzie; źródłem zakażenia jest chory człowiek (także uprzednio szczepiony, jeśli zachoruje). Do zakażenia dochodzi głównie drogą kropelkową, przez wdychanie rozpylanej w powietrzu podczas kaszlu wydzieliny z dróg oddechowych chorego.

3. Okres wylęgania i zakaźności: okres wylęgania wynosi 5–21 dni (zwykle 7–14). Zakaźność dla osób z otoczenia jest duża (do 80%), największa w pierwszych 3 tygodniach choroby (w okresie nieżytowym i na początku okresu napadowego kaszlu).

Obraz kliniczny

Obraz kliniczny przypomina zapalenie oskrzeli z napadowym, przewlekłym kaszlem. Przebieg choroby i nasilenie objawów są zróżnicowane, zależnie od stanu uodpornienia (ponowne zachorowania lub zachorowania po szczepieniu mają łżejszy przebieg i nietypowy obraz kliniczny – dominuje przewlekły, niecharakterystyczny kaszel). Typowy przebieg obejmuje:

1. Okres nieżytowy (1–2 tygodnie): objawy grypopodobne (gorączka niewysoka lub nie występuje); pod koniec pojawia się kaszel, początkowo w nocy, potem też w ciągu dnia, początkowo suchy, stopniowo staje się napadowy.

2. Okres napadowego kaszlu (4–6 tygodni): napady duszącego kaszlu bez nabierania powietrza



(zanoszenie się), zakończonego głębokim wdechem z głośnym świstem krtaniowym przypominającym „pianie” (u dzieci, rzadziej u młodzieży i dorosłych); występują seriami. Pod koniec napadu chory odkrztusza gęstą, lepłą wydzielinę (dzieci mogą ją połykać, a następnie wymiotować). Napadom może towarzyszyć obrzęk i sinica twarzy, wybroczyny na twarzy i spojówkach; u noworodków i małych dzieci zamiast kaszlu może wystąpić bezdech, uogólnione drgawki. Napady są wyczerpujące; poza nimi stan chorego dość dobry. U dorosłych zwykle dominuje przewlekły, niecharakterystyczny kaszel.

3. Okres zdrowienia (3–4 miesiące): kaszel stopniowo ustępuje, okresowo – zwłaszcza po wysiłku lub podczas innego zakażenia – może się ponownie nasilić.

Rozpoznanie

Chorobę podejrzewa się na podstawie obrazu klinicznego (zwłaszcza w przypadku kaszlu >3 tygodni). Rozpoznanie ustala się tylko na podstawie badań serologicznych lub mikrobiologicznych (tab.). Lekarz podejrzewający krztusiec ma obowiązek zgłoszenia zachorowania do Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej (PSSE). Jeżeli

Tabela. Diagnostyka laboratoryjna krztuśca - zalecenia ECDC

Grupa wiekowa	Zalecana metoda
noworodki, młode niemowlęta	PCR i/lub hodowla ^a
dzieci szczepione przeciwko krztuścowi, młodzież i dorośli – przy kaszlu trwającym <2 tyg.	hodowla i PCR
młodzież i dorośli z kaszlem trwającym <3 tyg.	PCR i IgG przeciwko PT (ELISA)
młodzież i dorośli z kaszlem trwającym ≥2–3 tyg.	IgG przeciwko PT (ELISA)
^a próbkę z nosogardła należy pobrać jak najszybciej po wystąpieniu objawów PCR – łańcuchowa reakcja polimerazy, PT – toksyna krztuścowa na podstawie: Eur. J. Clin. Microbiol. Infect. Dis., 2011, 30: 307–312	

obraz kliniczny choroby jest typowy i pacjent miał kontakt z chorym na krztusiec potwierdzony laboratoryjnie, to rozpoznanie jest pewne i nie wymaga badania laboratoryjnego.

Badania pomocnicze

1. Badanie serologiczne (ELISA): wykrycie swoistych przeciwciał przeciwko toksynie krztuścowej (PT) *B. pertussis* w surowicy w klasie IgG (ew. IgA) – ograniczona wiarygodność ze względu na trudności w interpretacji wyników. Wartości graniczne oznaczenia stężeń przeciwciał ustala się na podstawie ukierunkowanych badań w danej populacji. W PZH trwają prace nad walidacją oznaczeń serologicznych zgodnie z aktualnymi zaleceniami ECDC.

Swoiste IgG przeciwko PT – nie ma znaczenia diagnostycznego u noworodków i niemowląt (nie ma danych o rozkładzie wartości stężenia przeciwciał w tej grupie), a u starszych dzieci i dorosłych obecność tych przeciwciał jest wynikiem przebytego zakażenia lub szczepienia. Jeśli pacjent nie był szczepiony przeciwko krztuścowi w ciągu ostatnich 12–24 miesięcy, to zwiększone stężenie IgG przeciwko toksynie krztuścowej w pojedynczej próbce sugeruje świeże zakażenie. Potwierdzeniem zachorowania jest także zwiększenie o 100% lub zmniejszenie o 50% stężenia przeciwciał oznaczonych w drugiej próbce surowicy 2–4 tygodni po pobraniu pierwszej próbki.

Swoiste IgA przeciwko PT – oznaczanie wyłącznie w przypadku uzyskania niepewnego lub niemiarodajnego wyniku w klasie IgG lub braku możliwości uzyskania drugiej próbki surowicy; potwierdzają świeże lub niedawno przebyte zakażenie; utrzymują się do kilku miesięcy. Są także wytwarzane u osób szczepionych przeciwko krztuścowi.

2. Badania mikrobiologiczne

- **hodowla *B. pertussis*** (podłoże Regan Lowe lub Bordet-Gengou) – wymaz z gardła lub głęboki wymaz z nosa (pobiera się wymazówką dakronową lub z alganiamem wapnia, nie używa się wacików bawełnianych), jest złotym standardem, ale daje 50% wyników fałszywie ujemnych (zwłaszcza u osób szczepionych lub leczonych odpowiednim antybiotykiem)
- **metody molekularne (PCR)** – wykrycie materiału genetycznego *B. pertussis* w wymazie z gardła lub nosa (pobiera się wymaz tylko wymazówką dakronową), lub w popłuczynach z nosa. W niektórych laboratoriach uzyskuje się duży odsetek wyników fałszywie dodatnich.

3. Morfologia krwi: leukocytoza 20 000–30 000/ μ l z przewagą limfocytów (objaw pomocny, ale nie

patognomoniczny). U młodzieży i dorosłych (zwłaszcza w podeszłym wieku) liczba leukocytów jest często prawidłowa.

Rozpoznanie różnicowe

Inne przyczyny przewlekłego kaszlu – rozdz. II.B.1.1. Kaszel (*Interna Szczeklika 2014*), w tym zakażenie *B. parapertussis* lub *B. bronchiseptica* (tzw. krztusiec rzekomy).

Leczenie

Leczenie przyczynowe

Antybiotykoterapię u młodzieży i dorosłych należy rozpocząć do 3 tygodni od pojawienia się kaszlu. Wdrożona we wczesnej fazie okresu nieżytowego łagodzi przebieg choroby, natomiast po wystąpieniu napadowego kaszlu nie wpływa na objawy, ale skraca okres, w którym chory zakaża kontaktujące się z nim osoby. Lekami pierwszego wyboru są **makrolidy p.o.** – azytromycyna w 1. dniu 500 mg w pojedynczej dawce, od 2. do 5. dnia 250 mg co 24 h; klarytromycyna 500 mg co 12 h przez 7 dni lub erytromycyna 500 mg co 6 h przez 14 dni. U osób uczulonych lub nietolerujących makrolidów stosuje się kotrimoksazol 960 mg co 12 h przez 14 dni.

Zalecenia ogólne i leczenie objawowe

Chorych ze współistniejącymi chorobami przewlekłymi należy w razie ciężkiego przebiegu leczyć w szpitalu z powodu dużego ryzyka powikłań. W ciężkich przypadkach bywa konieczne leczenie tlenem, a nawet wentylacja mechaniczna.

Powikłania

Największe ryzyko powikłań występuje u niemowląt (zwłaszcza <6. m.ż.) i pacjentów z przewlekłymi chorobami współistniejącymi (zwłaszcza nerwowo-mięśniowymi):

1. Zapalenie płuc (wtórne zakażenie bakteryjne), niedodma, odma opłucnowa
2. Powikłania neurologiczne (zwłaszcza u niemowląt, rzadko u dorosłych): drgawki, obrzęk mózgu, krwawienie wewnątrzczaszkowe, krwawienie podtwardówkowe, encefalopatia niedotlenieniowa (ciężkie zaburzenia świadomości, objawy ogniskowe, drgawki ogniskowe lub uogólnione trwające > 24 h); mogą pozostać trwałe następstwa (upośledzenie umysłowe, głuchota, padaczka)

3. Inne: przepuklina, wypadanie odbytnicy, nie-
trzymanie moczu, złamania żeber, naderwanie
wędzidełka języka, wylewy podspojówkowe.

Rokowanie

U noworodków i niemowląt obserwuje się ciężki przebieg i duże ryzyko zgonu (~1% <2. mż., ~0,5% 2.–11. mż.) oraz powikłań. U starszych dzieci i dorosłych rokowanie dobre, jednak choroba jest bardzo męcząca i powoduje znaczne pogorszenie stanu ogólnego.

Zapobieganie

1. Szczepienie jest podstawową metodą profilaktyki. Ani szczepienie, ani przebycie krztuśca nie daje trwałej odporności. Ponowne zachorowania mają z reguły łżejszy przebieg.

2. Chemioprophylaktyka poekspozycyjna ze wskazań medycznych u osób z grupy zwiększonego ryzyka ciężkiego przebiegu (zwłaszcza u niemowląt i kobiet w III tryestrze ciąży, pacjentów z niedo-

borem odporności np. w wyniku leczenia immuno-
supresyjnego, chorych na przewlekłe choroby płuc, w tym z niewydolnością oddechową, niezależnie od stanu ich uodpornienia) lub ze wskazań epidemio-
logicznych (u osób, które mogą przenieść zakaże-
nie na pacjentów z grupy ryzyka, np. per-
sonelu placówek opieki medycznej, niezależnie od stanu uodpornienia): w przypadku bliskiego kontaktu z chorym w ciągu 21 dni od wystąpienia u niego objawów krztuśca należy podać antybiotyki makroli-
dowy w dawce leczniczej (p. Leczenie przyczynowe). Bliski kontakt to: kontakt bezpośredni z chorym lub w odległości do 1 m, przebywanie w zamkniętym pomieszczeniu w bliskiej odległości przez co najmniej 1 h (np. domownicy) lub kontakt z wydzieliną z dróg oddechowych chorego (np. korzystanie ze skażonych sztućców, naczyń, dzielenie się jedzeniem, badanie jamy ustnej i nosa).

3. Izolacja chorych: powinna trwać do 5 dni po rozpoczęciu skutecznej antybiotykoterapii. Jeżeli nie zastosowano antybiotyku, wskazana jest izolacja przez 3 tygodnie po pojawieniu się napadowego kaszlu.

OPATRUNKI Z BIOPLASTIKU – TO MOŻE SIĘ UDAĆ

Istnieje ponad 150 gatunków bakterii, które w warunkach stresu wytwarzają polimer o właściwościach podobnych do plastiku. Tworzywo jest biozgodne oraz stosunkowo szybko rozkłada się w środowisku. Trwają prace nad wykorzystaniem ich do produkcji opatrunków i implantów. Badania nad zastosowaniem bioplastiku prowadzi dr Maciej Guzik.

Plastik przyjazny środowisku

Młody naukowiec, dr Maciej Guzik, wraz z zespołem z Instytutu Katalizy i Fizykochemii Powierzchni PAN w Krakowie, dzięki grantowi LIDER z Narodowego Centrum Badań i Rozwoju, prowadzi prace nad wykorzystaniem bioplastiku w medycynie. Projekt skupia się na badaniu elastycznych biopolimerów, zwłaszcza PHA (polihydroksyalkanianów). Jedną z podgrup PHA przypomina swoim składem budulec opakowań foliowych, czyli polietylen. Jednakże z tą różnicą, że jest przyjazny środowisku. Biodegradowalny plastik w naturalnych warunkach rozkłada się stosunkowo szybko. Pod wpływem wilgoci i ciepła w kompoście, po 3 miesiącach zostanie on rozłożony na wodę i dwutlenek węgla. Niektóre spośród 150 gatunków bakterii są w 90% wypełnione bioplastikiem, pod mikroskopem wyglądającym jak małe granulki.

Zastosowanie bioplastiku

Polihydroksyalkaniany zyskują coraz większą popularność na świecie, a ich zastosowanie jest wszechstronne. Dr Guzik wylicza dziedziny, w których znalazły uznanie: w rolnictwie, w budownictwie, w motoryzacji czy w medycynie. Ich pochodne mogą być wykorzystywane jako dodatki do paliw, suplementy diety, składniki pasz oraz różnego rodzaju leki. Zaczęto ich także używać do produkcji opakowań oraz kart upominkowych. Projekt dra Guzika skupia się na zastosowaniu biopolimerów w medycynie. **Bioplastik mógłby z sukcesem przyczynić się do przyspieszenia procesu gojenia się rozległych ran.** Dolna część opatrunku przylegająca do rany byłaby zbudowana z polimerowej struktury. Biopolimer za sprawą swoich właściwości mógłby odżywiać komórki otaczające ranę, a co za tym idzie, skóra szybciej by odrastała. Wewnętrzny fragment opatrunku nie wymagałby zmieniania. Dr Guzik



wraz z zespołem dąży do tego, aby bioopatrunek stopniowo uwalniał do rany antybiotyki lub środki przeciwzapalne, uniemożliwiając wdanie się zakażenia oraz powstanie zapalenia. Nowatorskie rozwiązanie polskich naukowców zakłada również, że po upływie okresu rekonwalescencji organizm samodzielnie pozbywałby się pozostałości opatrunku. W planach jest tworzenie produktów na zamówienie, zindywidualizowanych dla potrzeb klienta. Mając parametry chorego, możliwe byłoby dobranie opatrunku specjalnie dla niego, który zawierałby przepisane przez lekarza środki. Jak zakłada dr Guzik, po ukończeniu procesu badawczego przygotowanie zindywidualizowanego opatrunku zajęłoby jedynie jeden dzień. Oprócz opatrunków bioplastik może sprawdzić się także przy tworzeniu implantów. Daje on możliwość stworzenia takich, które po

wypełnieniu swojego zadania rozpuszczają się w organizmie. Zminimalizowałoby to ryzyko odrzucenia implantu. Rewolucyjne bio-rozwiązanie dałoby szansę rozwoju również stomatologii.

Jak pozyskuje się bioplastik?

Według dra Guzika, proces wytwarzania bioplastiku nie należy do skomplikowanych. Plastik produkowany jest przez bakterie podczas fermentacji. Kiedy bakterie wytworzą polimer, odkładają go w swoich komórkach w formie granulek. Po upływie 30-48 godzin, kiedy bakterie osiągną odpowiedni wzrost, odseparowuje się je od medium, w którym rosną. Kolejnym krokiem jest suszenie ich i wyciągnięcie plastiku przy pomocy acetonu. Częsteczka polimeru bioplastiku składa się z kwasów tłuszczowych tożsamyh z tymi, które znajdują się w naszym pożywieniu. Dlatego też, kiedy organizm ma styczność z polimerem jest w stanie wchłonąć go i przetworzyć go na energię.

Czy bioplastiki mają szansę zastąpić plastik?

Rynek polihydroksyalkanianów w samej Europie wyceniany jest na około 22 miliony dolarów, a roczny wzrost wynosi 23%. Jednakże z przyczyn ekonomicznych, wciąż nie może się równać z popularnością plastiku, który zagraża środowisku. Jak przewiduje dr Guzik, rynek bioplastików zdobędzie popularność za około 50-75 lat, kiedy zasoby ropy naftowej będą się kończyć. Obecnie bioplastik postrzegany jest jako zielona alternatywa, wybierana przez przedsiębiorców, którym szczególnie zależy na środowisku.

Źródło: <http://everethnews.pl/newsy/opatrunki-z-bioplastiku-to-moze-sie-udac/> – 09-02-2018 r.

Każda matka powinna znaleźć swoją drogę w podróży jaką jest macierzyństwo – wywiad z Nancy Mohrbacher – konsultantką laktacyjną, członkinią Międzynarodowego Stowarzyszenia Konsultantek Laktacyjnych

Podczas tegorocznej konferencji Prolaktyna 2018 organizowanej przez Fundację Promocji Karmienia Piersią – interdyscyplinarnego wydarzenia poświęconego karmieniu piersią, gościem specjalnym była Nancy Mohrbacher – światowej sławy konsultantka laktacyjna, autorka książek nt. karmienia piersią, która wspiera kobiety w tym zakresie od ponad 30 lat.

Podczas, rozmowy, którą udało się odbyć dzień po konferencji, zapytałam Nancy, w jaki sposób pielęgniarki i położne mogą efektywnie wspierać kobiety w okresie laktacji. Zapraszam do lektury!

Lena Serafin: Witaj Nancy. Bardzo miło było wysłuchać Twoich wykładów na temat karmienia

piersią. Chciałabym dzisiaj porozmawiać z Tobą na temat tego, co my pielęgniarki i położne możemy zrobić w zakresie wspierania matek w karmieniu piersią, z uwagi na to, że mamy możliwość już na etapie ciąży tworzyć postawy kobiet wobec karmienia piersią, kiedy nie mają one zazwyczaj jeszcze złych doświadczeń w tym obszarze. Na co więc powinniśmy zwrócić szczególną uwagę w procesie edukacji kobiet na tym wczesnym etapie?

Nancy Mohrbacher: Myślę, że możesz się mylić w kwestii tego, że kobiety w ciąży nie mają jeszcze złych doświadczeń dotyczących karmienia piersią, ponieważ często słyszą one przerażające historie od innych kobiet, co może mieć wpływ na ich postrzeganie karmienia piersią. Ja byłam tą szczęściarą, że będąc w ciąży z moim pierwszym dzieckiem, uczestniczyłam w spotkaniach z innymi matkami które karmiły, miałam zatem możliwość mieć kontakt z ludźmi, którzy mieli pozytywne doświadczenia w zakresie karmienia piersią. Wiem, że Fundacja Promocji Karmienia Piersią tworzy takie grupy dla kobiet, przygotowując je do karmienia piersią, nie tylko przez edukację w zakresie wiedzy, ale także poprzez wizerunek/pokazywanie kobiet, które karmią swoje dzieci. **Wyniki badań naukowych w tym obszarze wykazały, że jest znacznie bardziej prawdopodobne, że kobiety w ciąży, które miały możliwość widzieć karmienie piersią w pozytywnym kontekście będą w przyszłości same karmiły piersią, niż te, które nie miały takiej możliwości.** To się czasami zdarza, że kobiety nie mają szansy zobaczyć innych kobiet karmiących, chociażby z uwagi na to, że u nich w rodzinie nikt nie karmił piersią, a karmiące dookoła robią to w ukryciu, a szkoda, ponieważ mogłoby to być pomocne w podjęciu decyzji w przyszłości.

LS: Zdecydowanie masz rację odnośnie tych strasznych historii na temat karmienia piersią, które krążą w środowisku kobiet.

NM: Tak, prawdopodobnie każdy z nas ma w swoim otoczeniu znajomą, która opowiadała np. o tym, jak bolesne jest karmienie w związku z czym zdecydowała się odstawić dziecko od piersi lub o zmartwieniach związanych z produkcją mleka w odpowiedniej ilości – to są najczęstsze przyczyny, z powodu których kobiety rezygnują z karmienia. Myślę, że kobiety w ciąży, nawet jeśli nie mają osobistych doświadczeń w zakresie karmienia piersią, prawdopodobnie słyszały już różne historie na ten temat.

LS: Bardzo często pielęgniarki i położne, zaraz po porodzie, pełnią rolę pierwszych doradców w zakresie laktacji w polskich szpitalach. Czy mogłabyś powiedzieć kilka słów o dobrych praktykach w tym obszarze, które warto wdrożyć w pierwszych dniach po narodzinach dziecka, w celu zwiększenia powodzenia laktacji?



NM: Tak, to na co teraz zwracam szczególną uwagę w USA to szkolenia dla personelu medycznego w lokalnych szpitalach. Moim zdaniem, to co jest najważniejsze w zakresie działań podejmowanych przez pielęgniarki i położne to próba eliminacji nadmiernych porad, które otrzymują matki w szpitalach. Często zdarza się, że w jednej placówce otrzymują one sprzeczne informacje, dlatego głównym celem realizowanych szkoleń jest to, aby wszyscy pracownicy rozumieli na czym polega karmienie piersią, jak przebiega, po to, aby dawać matkom jednokowe informacje w tym zakresie. Niektórzy mogą mówić matkom, że dziecko powinno być karmione według określonego schematu, inni, że na żądanie dziecka. Jednym z ważnych, pozytywnych aspektów przyjmowanej przez szpitale polityki przyjaznej dzieciom, jest właśnie edukacja personelu odnośnie tego jak powinno przebiegać karmienie piersią, która obejmuje m.in. promowanie kontaktu skóra do

skóry zaraz po narodzinach dziecka, zamiast zabierania dziecka od razu w celu wykonania pomiarów, co ma ogromnie pozytywny wpływ na rozpoczęcie karmienia piersią. Ważne jest, aby możliwie najszybciej po porodzie położyć dziecko na brzuchu matki i utrzymać kontakt skóra do skóry przez co najmniej dwie godziny. Ponadto należy zwrócić uwagę na ułożenie dziecka we właściwej pozycji do karmienia oraz zachęcanie matek do podejmowania prób karmienia piersią za każdym razem kiedy dziecko sygnalizuje swoją gotowość do jedzenia. Zdarza się, że noworodki czasami przesypiają ciągiem 4-5 godzin, i to jest w porządku, czasami chcą ssąć pierś przez bardzo długi czas np. co godzinę, i to również jest całkowicie w porządku, dlatego zachęcanie matek do karmienia piersią, kiedy tylko mają taką możliwość podczas pobytu w szpitalu zalicza się zdecydowanie do dobrych praktyk.

LS: Często obserwujemy w naszej praktyce problemy z laktacją u kobiet po cięciu cesarskim. W jaki sposób możemy, jako profesjonaliści medyczni, wspierać tę grupę kobiet w zakresie rozpoczęcia karmienia piersią?

NM: Kobiety po cięciu cesarskim potrzebują pomocy drugiej osoby, ponieważ nie mogą np. usiąść wygodnie i może być to oczywiście pomoc pielęgniarki lub położnej, jednak warto również zachęcać partnera matki, lub innego członka jej rodziny do wspierania jej w tym okresie.

LS: Wiemy, że noworodki posiadają wrodzoną umiejętność znalezienia piersi oraz ssania. Co powinniśmy robić, a czego nie, aby nie zakłócać tego instynktu po narodzinach?

NM: Jedną z praktyk, o której mówiono mi podczas mojego pobytu w Polsce, która jest tutaj powszechnie stosowana, to zawijanie dziecka w rożek/becik. Jeśli dziecko leży tak zawinięte na plecach obok matki, to nie mam możliwości skorzystać ze swojego naturalnego instynktu ssania piersi. Dlatego idealnie by było, aby podczas pobytu w szpitalu dziecko leżało na matce tak często jak to jest tylko możliwe, najlepiej w bezpośrednim kontakcie skóra do skóry, lub nawet jeśli matka preferuje, aby oboje byli ubrani w tym czasie – mogą być ubrani, ważne aby dziecko czuło bliskość matki, ponieważ to stymuluje jego chęć ssania piersi.

LS: Podczas swoich wystąpień mówiłaś o tym, jak ważna jest odpowiednia pozycja podczas karmienia – komfortowa zarówno dla matki, jak

i dziecka poprzez prawidłowe dostosowanie ułożenia ciała, piersi oraz dziecka. Czy mogłabyś powiedzieć, co jest najważniejsze w wyborze odpowiedniej pozycji do karmienia?

NM: Właściwa pozycja może być różna dla różnych matek i dzieci, np. dlatego, że każda kobieta ma inną budowę ciała. Niektóre mają małe piersi, inne duże, niektóre mają dłuższe ramiona, inne krótsze, ale idealna pozycja to taka, kiedy kobieta ma zrelaksowane ciało, mięśnie są rozluźnione, dziecko jest dobrze podpierane przez ciało matki z zachowaniem drożności dróg oddechowych. Wymaga to czasami nieco pomysłowości, aby znaleźć najlepszą, indywidualną dla konkretnej matki i dziecka pozycję. **Prowadzę kanał na Youtube: www.youtube.com/nancy-morbacher/, gdzie znajdują się filmiki, na których pokazuję kobietom o różnych typach budowy ciała jak znaleźć odpowiednią dla nich, wygodną pozycję do karmienia.** Filmy te zostały wyświetlone już ponad milion razy; stworzyłam ten kanał po to, aby zaprezentować matkom pomysły jak ułożyć dziecko. Myślę, że polskie matki również będą mogły znaleźć tam potrzebne informacje odnośnie dobierania odpowiedniej pozycji podczas karmienia piersią.

LS: Z badań wynika, że około 98% polskich matek rozpoczyna karmienie piersią po narodzinach dziecka, jednakże odsetek ten znacznie spada już w pierwszym miesiącu. Po 6 tygodniach jedynie 46% niemowlaków jest karmionych wyłącznie piersią. W jaki sposób możemy wspierać kobiety, aby nie rezygnowały tak szybko z karmienia piersią, które jak wiemy w zdecydowanej większości przypadków jest najzdrowszym sposobem żywienia dla dziecka?

NM: Jednym z głównych problemów, z jakim mierzymy się zaraz po narodzinach dziecka jest dokarmianie mlekiem modyfikowanym. Słyszałam, że w niektórych polskich szpitalach nawet 100% dzieci jest dokarmianych w ten sposób. **Jest to poważny problem, ponieważ wyniki badań pokazują, że jeśli noworodek jest dokarmiany mieszanką po porodzie w szpitalu, istnieje dużo mniejsze prawdopodobieństwo tego, że w domu matka będzie karmiła je wyłącznie piersią.** Dlatego uważam, że ważne dla profesjonalistów medycznych jest zrozumienie, dlaczego te dzieci są dokarmiane oraz zachęcanie już w szpitalu do wyłącznego karmienia piersią.

LS: Częstą rozterką matek karmiących jest to, czy dziecko zjada wystarczająco dużo i czy się najada, czy przybiera prawidłowo na wadze. Jaki jest najlepszy sposób na rozwianie tych wątpliwości?

NM: Myślę, że mamy potrzebują wiedzy w zakresie karmienia piersią, co znacznie polepszyłoby ich komfort. Jednym z rozwiązań jest regularna kontrola masy ciała dziecka podczas wizyt u pediatry, ale mamy powinny mieć świadomość, czego oczekiwać w kwestii wagi. Naturalne jest, że dzieci karmione piersią początkowo tracą na wadze (w ciągu pierwszych trzech czterech dni nawet do 10% masy), a dopiero potem zaczynają przybierać mniej więcej 30 g/dobę. Jeśli zatem matka zaczyna się martwić masą ciała dziecka, czy ma jakiegokolwiek wątpliwości w tej kwestii, warto aby poprosiła lekarza/pielęgniarkę o zważenie dziecka. Wówczas przekona się jak wygląda faktyczny stan rzeczy. Czasami matki mają nierealne oczekiwania względem dzieci karmionych piersią, np. oczekują, że dziecko będzie miało dłuższe drzemki, albo będzie jadło w określonym rytmie. **Szczególnie w okresie pierwszych 6 miesięcy dziecko będzie chciało ssać pierś bardzo, bardzo często i nie ma to nic wspólnego z niewystarczającą produkcją mleka.** Kolejnym oczekiwaniem matek jest często codzienny stolec u dziecka. Nie jest to do końca rzetelny wskaźnik, ale np. jeśli kupa dziecka staje się żółta w 4-5 dniu jest to oznaka, że dziecko otrzymuje wystarczającą ilość mleka, jeśli dziecko wydala co najmniej 2-3 odpowiednich rozmiarów stolce każdego dnia oznacza to, że otrzymuje wystarczającą ilość odpowiednio tłustego mleka, aby przybrać na wadze. Dlatego matki powinny obserwować kupy dziecka każdego dnia i jeżeli mają ponadto jakieś wątpliwości mogą zawsze zważyć swoje dziecko.

LS: Wspomniałaś o oczekiwaniach matek, ale myślę, że to nie są tylko ich oczekiwania. Często są to oczekiwania otaczającego środowiska, najczęściej ich matek, teściowych, ciotek, itd.

NM: Uważam, że ważne jest zrozumienie tego, że dorastanie w społeczeństwie, gdzie powszechne jest karmienie mieszkanką, powoduje często nawet nie-uświadomione przyjmowanie takie wzorca. Wiele „standardów” jest tworzonych w związku z tym, chociażby regularne odstępy pomiędzy karmieniami, długość drzemek dziecka, itd. Co jest interesujące, czasami dzieci karmione mieszkankami mają dłuższe drzemki, jednak istnieją dowody naukowe na to, że matki które karmią wyłącznie piersią wysypiają się bardziej, niż matki które karmią mieszkankami lub w sposób mieszany. Pomocne jest przebywanie w środowisku kobiet, które karmią piersią, w tym również przynależność do grup wsparcia, ponieważ jeśli jesteś świeżo upieczoną mamą możesz czuć się wyizolowana. Jeśli czujesz, że jesteś jedyną osobą która karmi piersią, to co się dzieje jest nowe dla cie-

bie, dziecko chce prawie non stop jeść, to ważne abyś miała wsparcie osoby o podobnych doświadczeniach. Ważne jest aby, być wśród innych matek, które karmią piersią, słuchać także o ich doświadczeniach i mieć poczucie, że nasze dziecko zachowuje się dokładnie w taki sam sposób jak inne dzieci – dzieci rosną i rozwijają się prawidłowo – to zdecydowanie zwiększa poczucie pewności w zakresie karmienia piersią, nawet wśród osób które dorastały w kulturze, w której karmienie piersią nie jest powszechne.

LS: W Twojej książce pt. „Karmienie piersią, siedem naturalnych praw” wspominasz, że zbyt wiele porad dawanych kobietom karmiącym może mieć negatywny wpływ na karmienie piersią. W jaki sposób zatem powinniśmy działać aby wspierać, a nie zniechęcać kobiety?

NM: To zależy od tego, czego potrzebują kobiety. Jeśli potrzebują wsparcia to nie tego, żeby wszyscy dookoła mówili im co mają robić, a raczej zachęcania do znalezienia własnej drogi z jej dzieckiem. Pomocne jest zatem pytanie ich, co byłoby dla nich pomocne, czego potrzebują, a nie nadmierne doradzanie, ponieważ **każda matka powinna znaleźć swoją drogę w podróży jaką jest macierzyństwo**, która sprawi, że będzie czuła się komfortowo w relacji z dzieckiem lub przy karmieniu piersią, co nie będzie takie samo dla każdej kobiety. Jeśli jakieś rozwiązanie jest dobre, czy przydatne dla Twojej koleżanki, niekoniecznie będzie to również najlepsze rozwiązanie dla Ciebie. Dlatego uważam, że ludzie powinni zrozumieć, że każda kobieta musi znaleźć swoją własną drogę i to będzie zapewne najbardziej pomocne.

LS: W jaki sposób (przy użyciu jakich argumentów) możemy zachęcać matki, aby kontynuowały karmienie piersią u niemowląt powyżej szóstego miesiąca? Niestety wciąż wiele osób uważa, że 6 miesięcy karmienia piersią, jest wystarczające dla dziecka.

NM: Światowa Organizacja Zdrowia rekomenduje karmienie piersią do dwóch lat. To jest ciekawe, ponieważ w USA zazwyczaj kobiety, które karmią do szóstego miesiąca są niechętnie do zaprzestania karmienia piersią, ponieważ te pierwsze tygodnie karmienia wiążą się z intensywnym zaangażowaniem. Karmienie piersią staje się coraz łatwiejsze z czasem, jak dziecko staje się starsze. Uważam, że w każdym przypadku, kiedy matka rozważa odstawienie dziecka od piersi, ważne jest, aby zapytać ją jak się z tym czuje, jakie są przyczyny podjęcia takiej decyzji oraz rozpoznać, w jakim stopniu posiada

wiedzę i zrozumienie w tym obszarze. Uważam, że każda matka, czy rodzina powinni mieć prawo podjąć taką decyzję, ale warto aby była to decyzja oparta na odpowiedniej wiedzy w tym zakresie, np. jeśli kobieta stwierdzi, że powinna odstawić dziecko od piersi teraz, ponieważ dłuższe karmienie będzie złe dla dziecka powinna wiedzieć, że właściwie kontynuowanie karmienia, będzie miało pozytywne działanie na dziecko. W podjęciu decyzji może być także pomocna wiedza, że będzie miało to również pozytywny wpływ na jej stan zdrowia, ponieważ wiemy, że im dłużej kobieta karmi piersią, tym mniejsze jest ryzyko zachorowania na poważne choroby, które dotyczą kobiety. Kobiety które nie karmią piersią



są obciążone większym ryzykiem zachorowania na choroby serca, co jest najczęstszą przyczyną zgonów wśród kobiet, zwiększa także ryzyko zachorowania na raka piersi, raka jajników, czy też cukrzycy typu II oraz zespołu metabolicznego. Czasami kobiety są przekonane, że dalsze karmienie piersią będzie miało negatywny wpływ na nie lub ich dziecko, niektórzy są przekonani, że karmienie piersią jest wykańczające/wyniszczające dla matek, natomiast obniża ono poziom stresu oraz zwiększa efektywność metaboliczną organizmu. Warto zatem zapytać matkę, co czuje i dlaczego podejmuje taką decyzję, aby się przekonać, czy posiada wystarczającą wiedzę w tym obszarze. Jednakże, niezależnie od tego co zdecyduje, należą się jej gratulacje z powodu, każdego okresu czasu, w którym karmiła piersią swoje dziecko. **Jeżeli kobieta zdecyduje się na zakończenie karmienia piersią, niezależnie z jakiej przyczyny, uzna że jest to odpowiedni czas dla niej i jej rodziny, naszą**

rolą jest wspieranie jej, aby odstawienie przebiegło w sposób bezpieczny i komfortowy.

LS: Wspomniałaś wcześniej o szkoleniach organizowanych m.in. dla pielęgniarek i położnych w zakresie karmienia piersią w USA. Co Twoim zdaniem powinno być najważniejsze w edukacji profesjonalistów?

NM: To co słyszę od wielu pielęgniarek, położnych, czy lekarzy, to to, że wciąż brakuje odpowiedniej edukacji z zakresie karmienia piersią dla profesjonalistów. Zachęcam ich zatem do uczestniczenia w konferencjach dotyczących karmienia piersią, aby zdobywać wiedzę w tym obszarze. Rolą profesjonalistów medycznych jest wspieranie matek w tym obszarze i udzielanie rzetelnych informacji. Jeżeli posiadają więcej wiedzy na temat karmienia mlekiem modyfikowanym niż piersią, wiadomo, że będą rekomendowali taką formę karmienia. Jeśli posiadali by oni wystarczającą wiedzę na temat karmienia piersią byłoby zapewne dużo bardziej pomocni i wspierający w zakresie realizacji celów podjętych przez matki, które zdecydowały się karmić piersią. Dlatego uważam, że nie ma jednego, określonego schematu szkoleń, ale istnieje w ogóle paląca potrzeba szkoleń profesjonalistów w tym obszarze. Idealnie byłoby, gdyby profesjonalści medyczni mogli uczestniczyć w konferencjach takich jak Prolaktyna, zorganizowana przez Fundację promocji Karmienia Piersią. Mogliby zdobyć wówczas podstawową wiedzę, co byłoby pomocne we wspieraniu matek w realizacji ich planów odnośnie karmienia piersią.

LS: W polskim systemie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych mamy jeden kurs specjalistyczny dedykowany położnym pt. „Edukacja i wsparcie kobiety w laktacji”, który trwa ok. trzech miesięcy.

NM: To jest bardzo ważne. Trzymiesięczny kurs z zakresu wspierania i edukacji kobiet w laktacji – to brzmi doskonale. Uważam, że każdy specjalista medyczny, który w swojej praktyce spotyka kobiety karmiące powinien odbyć przynajmniej taki kurs. Wówczas mógłby udzielać kobietom prawidłowych informacji, zamiast błędnych. W USA przez wiele lat pielęgniarki i lekarze, nie mieli żadnych szkoleń z zakresu karmienia piersią, co stawiało ich na dosyć słabej pozycji, ponieważ porady, które matki otrzymywały od specjalistów medycznych nie były lepsze od porad otrzymywanych od sąsiadki. Te informacje nie były rzetelne. Uważam, że matki sąsługują jednak na coś więcej ze strony specjalistów.

ETIOLOGIA BÓLU ODCINKA LĘDŹWIOWEGO I LECZENIE

mgr fizjoterapii Marcin Oleszek

Rozwój rehabilitacji, jako jednej ze specjalności medycznych, rozpoczął się po II wojnie światowej. Uznano ją wówczas, za integralną 3-cią fazę procesu terapeutycznego (obok diagnozowania i leczenia).

Patrząc na dzisiejsze społeczeństwo i jego rozwój fizyczny, można śmiało stwierdzić, iż ludzie coraz mniej w wolnym czasie uprawiają aktywny wypoczynek. Niejednokrotnie także charakter wykonywanej pracy sprzyja kontuzjom oraz rozwojowi chorób. W związku z tym, nasuwa się myśl doktora medycyny i filozofii – Wojciecha Oczko „*Ruch zastąpi prawie każdy lek, podczas gdy żaden lek nie zastąpi ruchu.*” Kontynuując ww. wątek można stwierdzić, iż nowoczesna fizjoterapia zmierza do tego, aby w bezpieczny i nieinwazyjny sposób działać profilaktycznie i terapeutycznie na zdrowie społeczeństwa.

Bóle kręgosłupa są jedną z najczęstszych dolegliwości społeczeństwa dzisiejszej cywilizacji. Wielu specjalistów określa ten problem jako epidemię bólów kręgosłupa, tytułując go mianem choroby cywilizacyjnej.

W poniższym tekście postaram się scharakteryzować ból kręgosłupa odcinka lędźwiowego oraz przedstawić praktyczne porady dotyczące walki z bólem.

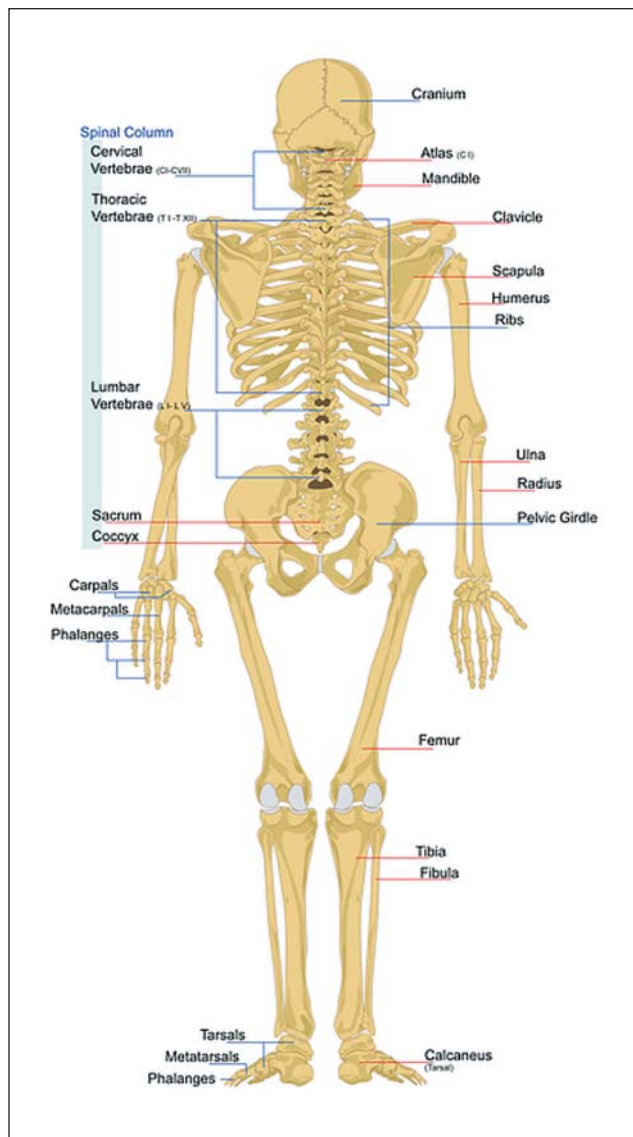
Na przeciążenia kręgosłupa narażeni są zarówno pracownicy biurowi, jak i pracownicy fizyczni. Długotrwałe statyczne przeciążenia wynikające z nieprawidłowej pozycji siedzącej, jak i cyklicznie powtarzające się ruchy w niewłaściwych pozycjach, prowadzą do dolegliwości bólowych powodujących zagrożenia dla kręgosłupa podczas wykonywania pracy.

Chcąc scharakteryzować aspekty kliniczne bólu kręgosłupa musimy zdefiniować ból.

Jedną z definicji bólu określa go jako „nieprzyjemne doznanie emocjonalne związane z aktualnie istniejącym lub potencjalnie możliwym uszkodzeniem tkanki, bądź doznanie opisane w kategoriach takiego uszkodzenia”.

Wyróżniamy kilka rodzajów bólu:

- **Ból somatyczny** wynika ze szkodliwego pobudzenia jednego z komponentów układu kostnoszkieletowego ciała. Podstawową cechą jest to, że powstaje w wyniku stymulacji zakończeń nerwu w kości, więzadle, stawie albo mięśniu.



Ból somatyczny jest miejscowy, ale trudny do zlokalizowania, rozproszony i tępy w odczuciu.

- **Ból korzeniowy** powstaje w wyniku podrażnienia nerwu rdzeniowego albo jego korzeni. Ból ten ma charakter przeszywający i kieruje się w dół do kończyny. Jedną z najpopularniejszych przyczyn bólu korzeniowego jest wypadnięcie jądra miazdżystego.
- **Ból przeniesiony** jest bólem odczuwanym w regionie unerwionym przez nerw inny niż ten zaopatrujący dany obszar bólowy.

Do głównych źródeł bólów w odcinku lędźwiowym zaliczamy:

- Kręgi
- Mięśnie
- Powięź piersiowo-lędźwiową
- Oponę twardą
- Więzadła nadkolcowe
- Staw krzyżowo-biodrowy
- Przepukliny kręgosłupa

Na wystąpienie bólu w odcinku lędźwiowym mogą mieć wpływ następujące czynniki:

- **Zbyt mała aktywność fizyczna** – przyczyną takiego stanu jest rozwój cywilizacyjny tj. siedząca droga do pracy w autobusie lub w samochodzie, siedzący tryb pracy, bierny sposób spędzania czasu wolnego.
- **Otyłość** – źródłem otyłości lub nadwagi jest:
 - nieprawidłowy sposób żywienia (nadmierne spożycie tłuszczu i cukru, niedobór spożycia warzyw i owoców, zbyt mała liczba posiłków i ich nieregularność),
 - mała aktywność fizyczna,
 - choroby (np. cukrzyca),
 - uwarunkowania genetyczne.

Nie ma jednoznacznej opinii wiążącej częstotliwość występowania bólu odcinka lędźwiowego z otyłością. Można jednak stwierdzić, że z dużą dozą prawdopodobieństwa otyłość modyfikuje przebieg bólu krzyża. Inaczej mówiąc raczej nie wywołuje ona bólu w odcinku lędźwiowym, ale wpływa znacząco na jego przebieg i sposób leczenia.

- **Ciąża** – ból kręgosłupa jest dolegliwością występującą u ponad 50% ciężarnych kobiet. Powszechność zjawiska powoduje, że ten zdrowotny problem traktowany jest jako norma towarzysząca ciąży, przez co bywa bagatelizowany i zaniedbywany. Najczęstszą przyczyną bólu kręgosłupa odcinka lędźwiowego jest nadmierne przeciążenie.
- **Sen** – niezmiernie ważny element odpoczynku. Każda pozycja podczas snu jest lepsza bądź gorsza w zależności od osobistych preferencji (leżąc na boku w sposób nieprawidłowy najczęściej przyjmujemy pozycję zgięciową i kifotyczną tj. zgięte stawy biodrowe i kolanowe, zniesienie lordozy lędźwiowej, pogłębienie kifozy piersiowej w efekcie czego powyższa pozycja sprzyja tylnemu przesunięciu się krążka miedzykręgowego, co może prowadzić do wystąpienia zespołów bólowych. W tym przypadku ważnym elementem jest odpowiednie dobranie twardości materaca, oraz przybranie odpowiedniej pozycji podczas snu (w leżeniu na boku najlepiej położyć podusz-

kę między kolanami, co pozwoli zachować naturalne krzywizny kręgosłupa).

- **Nadmierne spędzanie czasu przed komputerem i telewizorem.**
- **Niewłaściwa pozycja podczas wykonywania czynności** np. podczas pracy.

Najczęściej ból przejdzie lub zmniejszy się samoistnie w ciągu kilku dni lub tygodni. Jednakże, gdy dolegliwości nie ustępują, należy zgłosić się do lekarza. W większości przypadków najlepszym postępowaniem jest powrót do czynności dnia codziennego zachowując zdrowy rozsądek tj. unikanie nadmiernej aktywności fizycznej, jak i nadmiernego leżenia w łóżku, należy unikać czynności i pozycji wywołujących ból. Niezależnie od rodzaju bólu kręgosłupa, nie wolno go bagatelizować. W sytuacji zaś wystąpienia przynajmniej jednego z niżej wymienionych objawów należy niezwłocznie skonsultować się z lekarzem:

- wystąpiło zatrzymanie/nietrzymanie moczu lub stolca, osłabienie czucia w okolicy krocza
- ból wystąpił po upadku lub urazie i nie ustępuje
- osłabienie, ból lub drętwienie jednej nogi albo obu nóg
- nasilenie bólu w trakcie kaszlu lub kichania
- nasilenie bólu i sztywności szczególnie w godzinach nocnych
- pojawianie się bólu przy chodzeniu i utrzymywaniu pozycji stojącej
- gorączka i chudnięcie bez ewidentnej przyczyny
- przebył(aś) w ostatnim czasie zabieg operacyjny, zwłaszcza urologiczny lub ginekologiczny
- chorujesz na chorobę nowotworową lub inną ciężką chorobę współistniejącą
- ból jest bardzo silny i nie ustępuje w spoczynku.

Sposoby leczenia dolegliwości bólowych:

- **Leczenie farmakologiczne** – w razie potrzeby można zastosować leki przeciwbólowe (przestrzegając zalecanych dawek przez lekarza i przeciwwskazań). W niektórych przypadkach lekarz może przepisać leki rozluźniające mięśnie lub silniejsze leki przeciwbólowe. Należy pamiętać, że nie należy stosować leków samodzielnie, bez uprzedniej konsultacji z lekarzem.
- **Techniki manualne (manipulacje i mobilizacje kręgosłupa)** – polegają na uruchomieniu tkanek miękkich i struktur między stawowych położonych w bolącej okolicy kręgosłupa, mogą zmniejszyć lub znieść ból. Powinno się je stosować w połączeniu z ćwiczeniami fizycznymi,

a nie jako jedyną metodę leczenia. Może je wykonywać tylko doświadczony fizjoterapeuta lub lekarz.

- **Fizykoterapia (ultradźwięki, elektroterapia, biostymulacja polem elektromagnetycznym, laser, powierzchniowe stosowanie ciepła, krioterapia)** – rozluźnia mięśnie oraz więzadła. Fizykoterapia stosowana jest jako metoda ułatwiająca wykonywanie ćwiczeń rehabilitacyjnych.
- **Ćwiczenia fizyczne** – regularne ćwiczenia mięśni pleców i brzucha wzmacniają kręgosłup. Nie wolno wykonywać ćwiczeń, które wywołują ból (najlepiej skonsultować się z doświadczonym fizjoterapeutą i poprosić go o udziele-

nie instruktarzy odnośnie sposobu wykonywania ćwiczeń).

Każde schorzenie kręgosłupa wywołujące ból ma swoją indywidualną specyfikę i do każdego rodzaju bólu należy podchodzić w sposób indywidualny i nie należy go generalizować. Z tego względu tak ważna jest specjalistyczna diagnoza i odpowiedni program ćwiczeń fizjoterapeutycznych dobranych indywidualnie do rodzaju danego schorzenia.

Bibliografia w redakcji

W następnym numerze Impulsu ukazać się ćwiczenia wzmacniające mięśnie odcinka L-S.

Sprawozdanie z Konferencji Naukowo-Szkoleniowej XXI Zjazdu Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych

Małgorzata Dąbrowska – pielęgniarka epidemiologiczna, Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego „Meditrans”

Tematyką zjazdu, który odbył się w dniach 12-15.04.2018 roku w Wiśle były różnorodne aspekty prewencji zakażeń szpitalnych, higieny i bezpieczeństwa epidemiologicznego pacjentów i personelu medycznego.

Podczas uroczystego otwarcia Konferencji Naukowo-Szkoleniowej w dniu 12.04.2018 przedstawiono w postaci zdjęć, wspomnień osób działających w stowarzyszeniu informacje związane z genezą, dotychczasowym rozwojem i aktywnością Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych. Ceremonię otwarcia uświetnił Zespół Pieśni i Tańca Śląsk.

Program Konferencji był podzielony na 7 sesji tematycznych, podczas których omówiono działania oraz aktualne problemy i wyzwania stojące przed praktykami zajmującymi się kontrolą zakażeń.

1. Medycyna profilaktyczna w walce o zdrowie.
2. Kontrola zakażeń związanych z opieką zdrowotną.
3. Skuteczność oraz bezpieczeństwo mycia i dezynfekcji rąk.

4. Zjawisko wielooporności drobnoustrojów w zdrowiu publicznym.
5. Kontrola zakażeń związanych ze stosowaniem sprzętu medycznego.
6. Standardy w prewencji zakażeń.
7. Aspekty prawne, które dotyczyły bezpieczeństwa prawnego działalności zawodowej pielęgniarki epidemiologicznej, jej relacji z pacjentami, personelem medycznym oraz przemysłem medycznym.



Po zakończonej sesji każdy z uczestników mógł zabrać głos, podzielić się swoimi doświadczeniami, czy prosić o dodatkowe informacje dotyczące konkretnego omawianego zagadnienia.

Moją uwagę zwróciło wystąpienie dr med. Pawła Grzesiowskiego przewodniczącego SHL, jego refleksje i ocena aktualnej sytuacji w kontroli zakażeń szpitalnych przez pryzmat minionych 20 lat istnienia PSPE. Podkreślał jak ważny jest nasz – pielęgniarek epidemiologicznych udział w dotarciu z edukacją, procedurami, budowaniem świadomości wśród personelu oraz że tylko poprzez bezpo-

średnią rozmowę, konsultacje i wymianę informacji mamy realny wpływ na bezpieczeństwo i jakość opieki. Mówił, że zapoczątkowany w tym roku proces szukania wspólnych opinii różnych krajowych stowarzyszeń działających w dziedzinie zakażeń szpitalnych pozwoli na wypracowanie wspólnej koncepcji kontroli zakażeń w Polsce (wykład: Kontrola zakażeń szpitalnych – powrót do korzeni).

Duże zainteresowanie moje i innych było sesją trzecią dotyczącą higieny rąk, którą powszechnie uznaje się za najważniejszy czynnik wpływający na zapobieganie rozprzestrzenianiu się zakażeń.

Zostały omówione nowe przepisy dla środków ochrony indywidualnej (ŚOI) – nowa norma EN ISO 374 -1:2016 dotycząca rękawic chroniących

przed substancjami chemicznymi. Wymagania nowego Rozporządzenia 2016/425 obowiązują od 21.04.2018.

Wiele innych interesujących wykładów tegorocznej konferencji sprawiło, że konferencja w Wiśle była dla mnie ciekawym wydarzeniem stwarzającym warunki do aktualizacji i poszerzania wiedzy w zakresie wykonywania zadań pielęgniarki epidemiologicznej, problematyki zakażeń czy bezpieczeństwa epidemiologicznego pacjentów i personelu medycznego.

Wydaje mi się, że takie spotkania przyczyniają się do budowania prestiżu zawodowego pielęgniarki epidemiologicznej, a przekazana wiedza ma wpływ na zmniejszanie zakażeń.

RELACJA Z BEATYFIKACJI HANNY CHRZANOWSKIEJ

Maria Monika Szydłowska

„Zawód pielęgniarki był dla niej prawdziwym powołaniem, był wezwaniem z góry dla dobra potrzebujących”

kardynał Amato



Hanna Chrzanowska, pionierka pielęgniarstwa społecznego i współpracownica Karola Wojtyły, została beatyfikowana w sanktuarium Bożego Miłosierdzia w Krakowie-Łagiewnikach 20 lat po wszczęciu procesu beatyfikacyjnego i 45 lat po swojej śmierci 28 kwietnia 2018 r. Towarzystwo chorym było istotą jej misji, której poświęciła osobiste życie, siły, czas i oszczęd-

ności. Wyznażyła standardy nowoczesnej opieki nad chorymi, której fundamentem jest nie tylko niesienie ulgi w bólu fizycznym, ale także pomoc duchowa.

Liturgii przewodniczył legat papieski kard. Angelo Amato, prefekt Kongregacji Spraw Kanonizacyjnych. Mszę św. w bazylice koncelebrowało blisko 40 biskupów i ok. 250 kapłanów. W uroczystościach uczestniczyły pielęgniarki z całej Polski i zagranicy, lekarze, chorzy i ich opiekunowie, a także wolontariusze. Przybyli również krewni Hanny Chrzanowskiej wraz z jej chrześniakiem. Byli

przedstawiciele władz lokalnych, miejskich i samorządowych oraz przedstawiciele rządu w osobach wicepremier Beaty Szydło, szefa gabinetu prezydenta RP Krzysztofa Szczerskiego oraz ministra infrastruktury Andrzeja Adamczyka. Na błoniach przed bazyliką zgromadziło się kilkanaście tysięcy osób, które śledziły przebieg uroczystości na dwóch telebimach.

Kardynał Angelo Amato odczytał list apostolski Ojca Świętego, w którym papież zezwolił, aby Hannie Chrzanowskiej, „osobie świeckiej, która kierując się miłością Jezusa dobrego Samarytanina, poświęciła się cierpiącym na ciele i duchu, gorliwie im pomagając”, przysługiwał tytuł błogosławionej. Po odczytaniu listu apostolskiego papieża odsłonięto obraz beatyfikacyjny nowej błogosławionej. Przedstawia on Hannę Chrzanowską jako 30-letnią pielęgniarkę. Autorem obrazu jest Zbigniew Juszcak. Obraz został namalowany na podstawie fotografii. W rękach nowa błogosławiona trzyma różaniec oraz Rachunek sumienia pielęgniarki, którego jest autorką. Po uroczystościach wizerunek miał trafić do kościoła św. Mikołaja i zostać umieszczony w kaplicy, gdzie od dziś będzie oddawana cześć bł. Hannie Chrzanowskiej. Święto nowej błogosławionej obchodzone będzie corocznie 28 kwietnia

W homilii kard. Amato mówił, że w osobie bł. Hanny Chrzanowskiej „Kościół świętuje kreatywność

miłosierdzia, który na wzór Jezusa Dobrego Samarytanina szeroko otwiera swoje ramiona, aby przyjąć, otoczyć opieką i troską chorych, cierpiących i słabych”. Przywołując biografię nowej błogosławionej, podkreślał, że po nawróceniu w 1932 roku filantropijna działalność Hanny stała się „prawdziwym i właściwym apostołstwem chrześcijańskim, apostołstwem zbawczej obecności krzyża Jezusa Chrystusa w życiu osób chorych”. **„Hanna była latarnią światła w ciemności ludzkiego bólu”** – dodał. Według prefekta Kongregacji Spraw Kanonicznych, Hanna przyjmowała postawę matki w stosunku do swoich chorych i traktowała ich jak prawdziwe dobro. „Zawód pielęgniarki był dla niej prawdziwym powołaniem, był wezwaniem z góry dla dobra potrzebujących” – podkreślał hierarcha.

Podczas liturgii do ołtarza uroczystie wprowadzono relikwie błogosławionej. Zostały umieszczone w kapsule w kształcie serca – symbolu oddania życia dla drugiego człowieka. Serce zostało przyozdobione kamieniami dla podkreślenia kobiecej delikatności i piękna. Całość zamknięta jest w kształcie klasycznego czepek pielęgniarskiego, symbolu misji, jakiej podjęła się Hanna Chrzanowska. Autorem relikwiarza jest Marek Nowak. Reli-

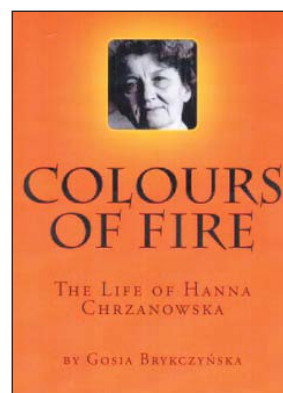
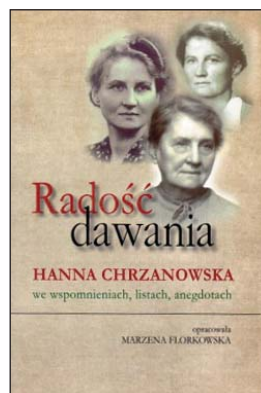
kwarz niesiony był przez Helenę Matogę, duchową córkę i uczennicę Chrzanowskiej, wice-postulatorkę procesu beatyfikacyjnego.

Na zakończenie uroczystości abp Marek Jędraszewski podziękował wszystkim uczestnikom uroczystości za obecność i modlitwę. Szczególne podziękowanie skierował w stronę przedstawicieli służby zdrowia, którzy dzisiaj otrzymali „swoją szczególną patronkę w niebie, a zarazem tak wspaśniały wzór pełnej miłości i poświęcenia służby osobom chorym”. „Świadectwo życia Hanny Chrzanowskiej pozostaje wzorem dla naszych czasów” – podkreślił w okolicznościowym liście premier Mateusz Morawiecki. Dodał, że „jest ono dla nas zobowiązaniem do budowania świata opartego na zasadach poszanowania godności człowieka i sprawiedliwości społecznej”.

W tej podniosłej uroczystości wzięli również udział przedstawiciele naszej Izby: członkowie Okręgowej Rady, poczet sztandarowy, chór WOIPiP oraz pielęgniarki i położne.

Uznaliśmy, że nie powinno nas tam zabraknąć. Wierzymy, że Hanna Chrzanowska pomoże nam przejść przez wszystkie trudne sytuacje i wykonywać swoją pracę najlepiej jak się da.

Publikacje o Hannie Chrzanowskiej



SZKOLENIA / KONFERENCJE / ZJAZDY / FORA

ZASADY DOFINASOWANIA SZKOLEŃ PRZEZ WOIPiP na stronie www.woipip



KOMUNIKAT nr 1

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych
organizuje Ogólnopolską Konferencję Naukową
**„Zagrożenia zawodowe pielęgniarek
i położnych w obecnych realiach funkcjonowania
ochrony zdrowia”.**

Konferencja odbędzie się w dniach 10–11 września 2018 roku
w Warszawie
w Hotelu Gromada Centrum,
Plac Powstańców Warszawy 2

Wiodące tematy Konferencji:

- Bezpieczeństwo na stanowiskach pracy pielęgniarek i położnych.
- Zagrożenia związane z nadmiernym obciążeniem ilościowym i jakościowym w pracy.
- Nadmierne obciążenie pracą a odpowiedzialność zawodowa.

Informacje dotyczące karty uczestnictwa, szczegółowy program oraz koszt konferencji przekazane zostaną w kolejnym komunikacie.



XXII Międzynarodowy Kongres

Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego

Miejsce: Kraków w Międzynarodowym Centrum Targowo-Kongresowym EXPO. **Data:** 13-15.09.2018 r.

W czasie Kongresu odbędzie się ponad 120 sesji, wśród nich sesje dydaktyczne, w tym przypadków klinicznych, sesje prac oryginalnych, sesje satelitarne oraz sesje przygotowane przez wszystkie Sekcje naszego Towarzystwa.

Zarejestruj się: <http://ptk2018.casusmedical.pl/rejestracja>



Ogólnopolski Program Edukacji Poporodowej Szkoła Matek i Ojców Razem Łatwiej wspólnie z Zakładem Dydaktyki Położniczo-Ginekologicznej WNoZ Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego mają zaszczyt zaprosić na

VII Kongres Ogólnopolskiego Programu Szkoła Matek i Ojców Razem Łatwiej

pt. „Ziarna i plewy w praktyce położnej i pielęgniarki neonatologicznej”

Miejsce: Zakopane, **Data:** 02-04 grudnia 2018 r.

Biuro, Komitet Organizacyjny: Razem Łatwiej s.c., tel. 42 291 37 19, 692 895 250, 882 001 488,
e-mail: kontakt@razemlatwiej



XIII Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Alergologicznego „Alergia i środowisko”

Miejsce: Mikolajki **Data:** 26-29 września 2018 r.

Kongres PTA to odbywająca się co 3 lata jedna z największych konferencji medycznych w naszym kraju, a także jedno z największych spotkań alergologicznych w Europie. Kongres Polskiego Towarzystwa Alergologicznego będzie wydarzeniem dedykowanym dla wszystkich gałęzi alergologii – dlatego nie zabraknie tam wątków pediatrycznych, dermatologicznych, okulistycznych, laryngologicznych czy też kierowanych dla lekarzy rodzinnych oraz pielęgniarek alergologicznych. Przewidujemy warsztaty szkoleniowe, na które rejestracja odbędzie się na miejscu w hotelu.

Strona poświęconą wydarzeniu: <http://kongres2018.szkoleniapta.pl>



Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie i Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach zaprasza do uczestnictwa w

XIV Kongresie Pielęgniarek Polskich „Współczesne Pielęgniarstwo – Dynamika Zmian i Wezwanie do Działania”

Miejsce Kongresu: Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach. **Data:** 13-15.09.2018 r.

Tematy: Pielęgniarskie zasoby ludzkie i środowisko pracy, Pielęgniarstwo w perspektywie globalnej, Etyka i prawa człowieka, Opieka kliniczna i bezpieczeństwo pacjenta, Edukacja pielęgniarska i środowisko nauczania, Rzecznictwo, lobbing i przepisy prawne, Systemy opieki zdrowotnej, Technologie, innowacje i telemedycyna, Rozwój kompetencji i roli zawodowej pielęgniarek, Przywództwo – zarządzanie, Historia pielęgniarstwa. Sesja studencka, Sesja plakatowa, Tematyczne Warsztaty Edukacyjne. Imprezy Towarzyszące: Warsztaty edukacyjne, Konsultacje eksperckie, Wycieczki tematyczne, Spotkania partnerskie, Wieczór artystyczny.

Sekretariat kongresu: Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny ul. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa, tel. + 48 22 398 18 72, fax 22 398 18 51, e-mail: biuroptp@gmail.com



19 maja 2018 r. Centralne Archiwum Pielęgniarstwa Polskiego przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego zaprosiło po raz pierwszy zwiedzających w Noc Muzeów.

W siedzibie Towarzystwa w Warszawie przy ul. Reymonta 8 zaprezentowano wystawę „PIELĘGNIARKI POLSKIE W WALCE O NIEPODLEGŁĄ” oraz możliwość zwiedzania zasobów muzeum:

- Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa (1921 – rok utworzenia)
- Pierwsze szkoły pielęgniarstwa w Polsce
- Galeria medalistek Florence Nightingale
- Pielęgniarki Warszawy
- Nakrycia głowy pielęgniarek
- Archiwalia, instrumentarium...

Odbyła się także projekcja filmu biograficznego o Hannie Chrzanowskiej oraz wykład Krystyny Wolskiej – Lipiec pt. „60-lecie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego”. Jest to miejsce, które warszawskie pielęgniarki powinny odwiedzić.

Opracowanie Danuta Mioduszevska



31maja 2018 r. Światowy Dzień Bez Tytoniu



Temat: „Tytoń – i choroby serca”

Celem Światowego Dnia Bez Tytoniu 2018 jest:

- podkreślenie związków między używaniem wyrobów tytoniowych a sercem i innymi chorobami układu krążenia.
- zwiększenie świadomości ogółu społeczeństwa na temat wpływu używania tytoniu i narażenia na dym tytoniowy zdrowie układu krążenia.
- zapewnienie społeczeństwu, rządowi i innym podmiotom możliwości podjęcia zobowiązań w zakresie promowania zdrowia serca poprzez ochronę ludzi przed używaniem wyrobów tytoniowych.

Opracowanie DM 2018

Każdego roku, 31 maja, Światowa Organizacja Zdrowia i jej partnerzy obchodzą Światowy Dzień Bez Papierosa podkreślając zagrożenia dla zdrowia i inne zagrożenia związane z używaniem tytoniu oraz opowiadając się za skutecznymi politykami na rzecz ograniczenia konsumpcji tytoniu.

Celem Światowego Dnia Walki z Tytoniem 2018 jest:

- podkreślenie związków między używaniem wyrobów tytoniowych a sercem i innymi chorobami układu krążenia.
- zwiększenie świadomości ogółu społeczeństwa na temat wpływu używania tytoniu i narażenia na wtórny dym tytoniowy na zdrowie układu krążenia.
- zapewnienie społeczeństwu, rządów i innym podmiotom możliwości podjęcia zobowiązań w zakresie promowania zdrowia serca poprzez ochronę ludzi przed używaniem wyrobów tytoniowych.

Światowy Dzień Walki z Tytoniem 2018 zbiega się w czasie z szeregiem globalnych inicjatyw i możliwości mających na celu przeciwdziałanie epidemii tytoniu i jej wpływowi na zdrowie publiczne, w szczególności powodując śmierć i cierpienie milionów ludzi na całym świecie. Działania te obejmują wspierane przez WHO inicjatywy na rzecz ograniczenia zgonów z powodu chorób układu krążenia oraz poprawy opieki zdrowotnej, a także trzecie posiedzenie Zgromadzenia Ogólnego Narodów Zjednoczonych na wysokim szczeblu w sprawie zapobiegania chorobom niezakaźnym i ich zwalczania, które odbędzie się w 2018 r.

Fakty dotyczące tytoniu, serca i innych chorób układu krążenia:

- Używanie tytoniu jest ważnym czynnikiem ryzyka rozwoju choroby wieńcowej serca, udaru mózgu i chorób naczyniowych.
- Pomimo znanych problemów zdrowotnych związanych z paleniem tytoniu oraz dostępności rozwiązań mających na celu ograniczenie liczby zgonów i chorób z nimi związanych, wśród dużej części społeczeństwa wiedza o tym, że tytoń jest jedną z głównych przyczyn występowania CHUK (chorób układu krążenia), jest niska.
- Choroby układu krążenia zabijają więcej osób niż jakakolwiek inna przyczyna zgonów na całym świecie, a używanie tytoniu i narażenie na wtórny dym tytoniowy przyczyniają się do około 12% zgonów z powodu chorób serca.

Używanie tytoniu jest drugą, po nadciśnieniu tętniczym, główną przyczyną CHUK.

- Światowa epidemia palenia tytoniu każdego roku zabija ponad 7 milionów ludzi, z czego blisko 900 000 to osoby niepalące umierające z powodu wdychania biernego dymu tytoniowego. Prawie 80% z ponad 1 miliarda palaczy na całym świecie żyje w krajach o niskich i średnich dochodach, gdzie ciężar chorób i śmierci związanych z paleniem tytoniu jest największy.



Polityka w zakresie używania tytoniu i zapobiegania paleniu:

- Ochrona ludzi przed narażeniem na dym tytoniowy poprzez stworzenie całkowicie wolnych od dymu tytoniowego zamkniętych miejsc publicznych, miejsc pracy i transportu publicznego.
- Oferowanie pomocy w rzuceniu palenia poprzez pokrycie kosztów, wsparcie obejmujące całą populację, w tym krótkie porady udzielane przez pracowników służby zdrowia i krajowe bezpłatne linie rzucenia palenia.
- Ostrzeżenie przed zagrożeniami związanymi z tytoniem poprzez wprowadzenie prostych/standardowych opakowań i/lub dużych graficznych ostrzeżeń zdrowotnych na wszystkich opakowaniach wyrobów tytoniowych oraz poprzez wdrożenie skutecznych kampanii antynikotynowych informujących społeczeństwo o szkodliwości używania tytoniu i biernego narażenia na dym tytoniowy.
- Wprowadzenie kompleksowych zakazów reklamy, promocji i sponsorowania wyrobów tytoniowych.
- Podniesienie podatków od wyrobów tytoniowych i uczynienie ich mniej przystępnymi cenowo.

Źródło: <http://www.who.int/mediacentre/events/2018/world-no-tobacco-day/en/>

Opracowanie Danuta Mioduszevska

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy,

Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych wspólnie z innymi Okręgowymi Izbami otrzymała zmianę interpretacji przepisów prawa podatkowego dotyczącego podatku dochodowego od osób fizycznych w zakresie skutków podatkowych uczestnictwa w nieodpłatnych lub częściowo odpłatnych kursach i szkoleniach organizowanych, finansowanych w całości lub części albo refundowanych w całości lub części przez Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych ze składek członkowskich.

W związku z powyższym Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych już od 2018 roku nie będzie wystawiała PIT-8C.

Wszystkie osoby, które korzystały z dofinansowania i zapłaciły podatek dochodowy w zeznaniach rocznych mają prawo skorygować zeznania podatkowe na 5 lat wstecz.

*Pełna wersja dokumentu jest dostępny na stronie internetowej
www.woipip.pl*

Podziękowania

W poprzednim numerze ukazały się życzenia dla Pani Elżbiety Miastek a powinno być dla **Elżbiety Mlasek**

Pani **Ewie Iżyłowskiej** Pielęgniarce Koordynującej Kliniki Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii, 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 Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki SP CSK Banacha 1a w Warszawie

Paniom Pielęgniarkom: **Teresie Piórkowskiej, Halinie Kościuczyk, Elżbiecie Przyborskiej, Annie Kołodziejczyk, Gabrieli Buczeń, Elżbiecie Sakrajda, Wandzie Rosłonec, Teresie Bartczak, Małgorzacie Pięta, Lucynie Tobiasz** serdecznie dziękujemy za wspólnie przepracowane lata. Dziękujemy za profesjonalizm i zaangażowanie, życzliwość i serce włożone w codzienną pracę. Z najlepszymi życzeniami radości w życiu osobistym oraz realizacji najskrytszych marzeń – Koleżanki i Koledzy z Narodowego Instytutu Geriatrii Reumatologii i Rehabilitacji

Pani **Zofii Środowskiej** – miłej Koleżance Pielęgniarce z POZ z SZPZLO Warszawa Mokotów z okazji osiągnięcia wieku emerytalnego życzymy spełnienia marzeń w ten piękny czas – Dyrektor ds. Pielęgniarstwa, Przełożona Pielęgniarek, Koleżanki z SPZLO Warszawa Mokotów

Pani **Irminie Kazubek** oraz **Bogusławie Gąterskiej** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę zawodową, życzliwość oraz wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia i pomyślności w życiu osobistym, a także dalszych sukcesów zawodowych składają: Dyrekcja oraz Pracownicy SZPZLO w Piasecznie

Koleżankom Położnym: **Barbarze Hardt, Danucie Kalinowskiej, i Elżbiecie Krytwińskiej** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę zawodową, profesjonalizm, empatię, odpowiedzialność, trud i godne reprezentowanie zawodu, wraz z życzeniami zdrowia, radości i realizacji marzeń składają: Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Położnictwa oraz Koleżanki Położne i Pielęgniarki z SPZZOZ Pruszków

*Są chwile co długo w pamięci zostają, choć czas upływa,
nie przemijają. Są też osoby, które poznane nie będą
nigdy zapomniane.*

W związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość i profesjonalizm. Pani Pielęgniarka **Marii Hoczyk** najlepsze życzenia zdrowia, pomyślności i realizacji marzeń składają: Współpracownicy z Mazowieckiego Centrum Rehabilitacji STOCER w Konstancinie Jeziornej

Paniom Pielęgniarkom Środowiskowym: **Elżbiecie Waszkiewicz** i **Barbarze Strzałkowskiej**, w związku z przejściem na emeryturę najserdeczniejsze podziękowanie za wieloletnią pracę i koleżeńskość wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności składa Dyrekcja oraz Koleżanki z SZPZLO Warszawa Wawer ul. Strusia 4/8

Koleżankom Pielęgniarkom: **Halinie Gurtowskiej**, **Bożenie Sionek** i **Ludmile Zdziechowskiej** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, wspólnie przepracowane lata, profesjonalizm i godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, wraz z życzeniami zdrowia i wszelkiej pomyślności na dalsze lata składa Dyrekcja oraz Koleżanki Pielęgniarki i Położne z SPZZOZ w Pruszkowie

Pani **Magdalenie Pałys** Pielęgniarka Kliniki Chorób Wewnętrznych, Nadciśnienia Tętniczego i Angiologii 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 Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki SP CSK ul. Banacha 1a w Warszawie

Pani **Beacie Formańskiej** Pielęgniarka Kliniki S.P. Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za długoletnią pracę zawodową, za profesjonalizm i życzliwość, za koleżeńskość i wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia i pomyślności w życiu osobistym składają: Przełożona Pielęgniarek oraz Pielęgniarki Samodzielnego Publicznego Klinicznego Szpitala Okulistycznego w Warszawie

Pani **Annie Sadowskiej** Pielęgniarka Oddziałowej Pracowni Elektrofizjologii Klinicznej II KCHW Instytutu Kardiologii serdeczne podziękowania za wieloletnią rzetelną pracę i życzliwość, w związku z przejściem na zasłużoną emeryturę składają: Koleżanki oraz Dyrekcja Instytutu Kardiologii w Warszawie

Pani **Jolancie Kostrzewie** Pielęgniarka Kliniki Neurologii 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 Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki SP CSK ul. Banacha 1a w Warszawie

Pani **Teresie Jakubiak** Pielęgniarka Kliniki Neurologii 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 Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki SP CSK ul. Banacha 1a w Warszawie

„Są chwile co długo w pamięci zostają, choć czas upływa, nie przemijają. Są też osoby, które poznane nie będą nigdy już zapomniane”.

Paniom Pielęgniarkom: **Alinie Kucharskiej**, **Jadwidze Jarosz** oraz Paniom Położnym: **Reginie Kwiatkowskiej**, **Jadwidze Zabiegła**, **Bożenie Misiak** i **Małgorzacie Matusik** – serdeczne podziękowania za długoletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składają: Pielęgniarka Naczelna oraz Pielęgniarki i Położne CZMZ Sp. z o.o. w Żyrardowie

Pani **Annie Czarneckiej** 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

Paniom Pielęgniarkom: **Małgorzacie Grzegorskiej**, **Elżbiecie Kurek**, **Iwonie Pieśniewskiej**, **Urszuli Malinowskiej**, **Elżbiecie Wróblewskiej**, z okazji zakończenia pracy zawodowej serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, profesjonalizm, zaangażowanie, empatię, uśmiech i życzliwość dla pacjentów i współpracowników wraz z życzeniami dobrego zdrowia, pogody ducha, ciepła i spokoju w życiu osobistym składa Dyrektor SZPZLO Warszawa Praga Południe z Zespołem Pielęgniarek i Położnych

Pani Pielęgniarka **Agnieszce Zadrożnej** w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za długoletnią pracę zawodową, wraz z życzeniami dalszych wspaniałych lat i pomyślności w życiu osobistym składają: Dyrektor ds. Pielęgniarstwa oraz Koleżanki Pielęgniarki z Mazowieckiego Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruzlicy w Otwocku

Pani **Małgorzacie Kalinowskiej** Pielęgniarce 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 Zespół Pielęgniarek Przychodni Specjalistycznej SP CSK ul. Banacha 1a w Warszawie

Pani **Grażynie Wołyńskiej** Pielęgniarce Przełożonej 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 Zespół Pielęgniarek Przychodni Specjalistycznej SP CSK ul. Banacha 1a w Warszawie

Serdeczne podziękowania dla Pani **Ewy Malickiej** za lata ciężkiej i wspaniałej pracy, poświęcenie, sumienność i życzliwość dla ludzi wokół siebie, życzenia wspaniałych lat życia na zasłużonym odpoczynku składają: Koleżanki Pracowni Hemodynamiki II KCHW oraz Dyrekcja Instytutu Kardiologii w Warszawie

Koleżance **Jolancie Ładnowskiej** Pielęgniarce Instrumentariuszce w Klinicznym Oddziale Ginekologii i Położnictwa Szpitala Bielańskiego im.Ks.Jerzego Popiełuszki w Warszawie, w związku z przejściem na emeryturę, serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, profesjonalizm, życzliwość, koleżeństwo wraz z życzeniami zdrowia i pomyślności w życiu osobistym składają: Pełnomocnik Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, Oddziałowa oraz Koleżanki Pielęgniarki i Położne ze Szpitala Bielańskiego

Pani **Emilii Malko** z okazji zakończenia pracy zawodowej serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę, profesjonalizm, zaangażowanie, empatię, uśmiech i życzliwość dla pacjentów i współpracowników, wraz z życzeniami dobrego zdrowia, pogody ducha, ciepła i spokoju w życiu osobistym składa Dyrektor SZPZLO Warszawa Praga Południe z Zespołem Pielęgniarek i Położnych

Pani **Danucie Kielczyńskiej** Pielęgniarce 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 Zespół Pielęgniarek Przychodni Specjalistycznej SP CSK ul. Banacha 1a w Warszawie

Pani **Alicji Tkacz** Pielęgniarce 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 Zespół Pielęgniarek Szpitala SP CSK ul. Banacha 1a w Warszawie

Pani **Wandzie Kaczyńskiej** Pielęgniarce Kliniki Otolaryngologii 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 Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki Otolaryngologii SP CSK ul. Banacha 1a w Warszawie

Pani **Annie Krajewskiej** Pielęgniarce 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 Zespół Pielęgniarek Przychodni Specjalistycznej SP CSK ul. Banacha 1a w Warszawie

Pani **Ewie Sabadyn** Pielęgniarce Kliniki Kardiologii 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 Pielęgniarka Oddziałowa i Zespół Pielęgniarek Kliniki Kardiologii SP CSK ul. Banacha 1a w Warszawie

Z okazji przejścia na emeryturę Pani **Ewie Lewandowskiej** Starszej Pielęgniarce oddziału Kardiologicznego Szpitala Rehabilitacji Kardiologicznej i Neurologicznej w Konstancinie Jeziornej serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę zawodową, profesjonalizm, życzliwość, koleżeństwo, oddanie pacjentom, życzliwość, cierpliwość i wyrozumiałość, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia oraz pomyślności w życiu osobistym składają: Lekarze i Pielęgniarki Oddziału Kardiologicznego oraz Grażyna Odolińska z Oddziału Neurologii i Teresa Osuch

Pani **Zofii Pałysie** w związku z przejściem na emeryturę serdeczne podziękowania za pełną zaangażowania pracę zawodową, profesjonalizm, godne reprezentowanie zawodu pielęgniarki, za wspólnie przepracowane lata, wraz z najlepszymi życzeniami zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym składają Koleżanki Oddziału I MCLChPiG w Otwocku

Pożegnania



Z głębokim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej Koleżanki

ś.p. Jolanty Filutowskiej

Położnej Oddziału Położniczego Szpitala Specjalistycznego „INFLANCKA”. Pozostanie w naszej pamięci jako dobry i życzliwy człowiek, przez całe życie zawodowe oddana pacjentkom i ich dzieciom „Nie umiera ten, kto trwa w sercach i naszej pamięci”. Położne i Pielęgniarki Szpitala Specjalistycznego „INFLANCKA” w Warszawie



Z wielkim smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszych Koleżanek:

ś.p. Ewy Omiecińskiej i ś.p. Teresy Królikowskiej

„NIE UMIERA TEN, KTO TRWA W SERCACH I PAMIĘCI NASZEJ”. Rodzinie składamy wyrazy współczucia: Naczelna Pielęgniarka z Zespołem Pielęgniarskim CZMZ Żyrardów



Z żalem żegnamy zmarłą w dniu 12 lutego 2018 r. naszą Koleżankę Położną Panią

Mariannę Oliwińską

Odeszła za wcześnie. Pozostanie w naszej pamięci jako dobry, życzliwy człowiek. Pełna empatii położna, przez całe życie zawodowe. oddana naszemu szpitalowi. Koleżeńska i pracowita zaangażowana w problemy małych i dorosłych pacjentów. Przez 10 lat pełniła funkcję Położnej Oddziałowej w Oddziale Noworodków. Rodzinie składamy głębokie wyrazy współczucia. Dyrekcja, Koleżanki i Koledzy Szpitala Klinicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej



Żegnamy naszą drogą Koleżankę, jedną z nas, niezastąpioną,

ś.p. Jolantę Kłodecką

Odeszła w drodze do chorego. „Światło jest wieczne, a epitafium na wietrze. Pomyślałam: Panie! Czy to jest wieczne spoczywanie? A ja wciąż jestem gotowa, podać dłoń komu trzeba... Powiedz mi tylko – proszę gdzie tu słowik śpiewa i gdzie kwiaty rosną ...pierwsze...wczesną wiosną...”
Koleżanki i Koledzy z Fundacji Hospicjum Onkologiczne Św. Krzysztofa w Warszawie



W dniu 2 kwietnia 2018 r. po heroicznej walce z chorobą zmarła nasza

Koleżanka **MAŁGORZATA LUZIŃSKA**



Od 36 lat związana z SZPZLO Warszawa-Mokotów, w którym pracowała jako pielęgniarka, przełożona pielęgniarek, pielęgniarka epidemiologiczna i ds. szczepień. Następnie jako kierownik Działu Marketingu i Promocji Zdrowia a ostatnie 10 lat kierowała działem Zamówień Publicznych.

**„Nie ma większego piękna nad istnienie lecz tylko życie poświęcone innym
warte jest przeżycia”**

Małgosiu,

Ty doskonale to wiedziałaś. Jako kochająca żona, mama, od niedawna babcia – ofiarowałaś swoim bliskim całą siebie. Twoja miłość i troskliwość były gwarantem rodzinnego szczęścia.

Byłaś pełna entuzjazmu. Swoim współpracownikom, koleżankom, kolegom imponowałaś energią, fachowością i wiedzą. Zawsze służyłaś dobrą radą, kiedy trzeba byłaś krytyczna i wymagająca a przy tym lojalna i szczerą. Potrafiłaś efektywnie rozwiązywać problemy swoje i oraz tych, którzy poprosili Cię o pomoc. Chociaż zdobyte wykształcenie i umiejętności zmieniły Twoją Pielęgniarską Drogę nigdy nie zapomniałaś o swoim powołaniu.

Jak każda z nas doświadczyłaś ludzkich cierpień, bólu i rozpaczy i choć zawód nasz tak często ociera nas o śmierć, nigdy w pełni z nią nie oswaja. Kiedy żegnamy swoich bliskich jesteśmy bezradni, pogrążeni w żałobie a myśli przywołują tylko jedno pytanie – dlaczego?

Małgosiu, dlaczego?

Przecież zawsze potrafiłaś stawić czoła przeciwnościom i trudnym wyzwaniom. Jednak Twój ostatni ziemski egzamin okazał się dla Ciebie najtrudniejszy, był walką o życie. I mimo Twojej ogromnej determinacji, tym razem nie było dane Ci wygrać. Twoje wczesne odejście napawa nas wszystkich smutkiem, zadumą i uświadamia kruchość życia.

Małgosiu, zapamiętamy Cię uśmiechniętą, pełną energii, pomysłów, cudownie kolorową.

Pożegnania, które pozostawiają pustkę ły są najbardziej bolesne, dlatego pozostaje nam wierzyć, że jeszcze się spotkamy. Do zobaczenia Małgosiu.

Koleżanki i Koledzy z SZPZLO Warszawa – Mokotów

W rocznicę śmierci Władysławy Bałajewskiej

– położnej, nauczycielki zawodu. Wspomnienie położnych i koleżanek, nauczycielek zawodu położnej

Władysława Bałajewska z domu Nitek pochodząca z Białej Podlaskiej była położną i nauczycielką zawodu. Ukończyła Państwową Szkołę Położnych przy ul. Karolkowej 53a w Warszawie z zespołem VIII w 1963 roku oraz Wydział Pedagogiki na Uniwersytecie Warszawskim. Do końca życia mieszkała i pracowała w Warszawie. Przez kilkanaście lat pracowała jako położna w sali porodowej Szpitala Klinicznego przy ul. Karowej 2, a następnie do końca jako nauczycielka praktycznej nauki zawodu w Medycznym Studium Zawodowym Wydział Położnych przy ul. Wilczej 9, a potem ul. Solec 57. Prowadziła zajęcia praktyczne z uczennicami głównie w sali porodowej.

Była osobą o wielkiej wiedzy ogólnej i zawodowej, niezwykle uczciwą i zasadniczą, precyzyjnie wykonującą swój zawód położnej i nauczycielki tego zawodu. Wiele z nas położnych i lekarzy położników, Władysławie zwanej w naszym środowisku Adą, zawdzięcza to, że nauczyła klasycznego profesjonalizmu z zasadami i nienaganną techniką wykonywanych czynności zawodowych. Nie było u niej czasu w pracy na zbędne, niepotrzebne i niecelowe działania. Wszystko co czyniła miało głęboki sens. Była osobą konsekwentną w swojej twórczości i nowoczesności, ale jednocześnie ujawniała na co dzień głęboko ukrytą empatię, która wyrażała się w realnym Jej życiu osobistym i zawodowym.

Poza swoimi powinnościami jako nauczycielka zawodu, dodatkowo przewodniczyła pracom zespołu metodycznego opracowując nowatorskie metody pracy dydaktycznej. Była inicjatorką i prekursorką w zorganizowaniu przy szkole położnych pierwszej i jedynej w Polsce Szkoły Matek przy szkole położnych. Była to szkoła na potrzeby kobiet oczekujących na narodziny swojego

dziecka i jednocześnie szkołą ćwiczeń dla przyszłych adeptek zawodu położnej.

W 2012 roku z okazji 100-lecia Szpitala Klinicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej, na wniosek Kapituły Medalu, za zasługi w dziedzinie kształtowania wzorców osobowych, postaw moralnych, za wrażliwość i otwartość na problemy drugiego człowieka, szczególne zaangażowanie w wykonywanie swojej pracy oraz wkład wniesiony na rzecz rozwoju szpitala, odznaczona została Medalem „100 Lat Szpitala Klinicznego im. Ks. Anny Mazowieckiej”.

Mimo pozornego dystansu była do końca otwarta na spotkania zawodowe i kontakty towarzyskie. Przez wiele lat zmagala się z trudnymi problemami zdrowotnymi. Dolegliwości swoje znosiła dzielnie i do samego końca godnie. Była zdyscyplinowana w leczeniu i pielęgnowaniu nie robiąc „zbędnego szumu wokół siebie”, podobnie jak i w całym swoim życiu. Do końca życia była z nami i my razem z Adą, jeśli nawet nie osobiście, to całym sercem i myślami. Odeszła dnia 5 września 2017 roku w 77 roku życia w pokorze i pogodzona z losem.

Żegnana była w Warszawie w kaplicy przyszpitalnej 7 września 2017 roku przez liczne grono położnych i lekarzy, a następnie 8 września 2017 roku w rodzinnej Białej Podlaskiej, gdzie złożono Jej Prochy przy zmarłych Rodzicach. Doceniamy, szanujemy i mamy w pamięci wyjątkową osobowość Ady oraz jej wielki wkład w nowoczesne położnictwo, wzorową organizację pracy oraz klasyczne metody kształcenia do zawodu położnej.

*Zredagowała Joanna Bień i Teresa Jaczewska
w imieniu położnych i nauczycielek zawodu położnej
(w tzw. stanie spoczynku)*

FINAŁ KONKURSU PIEŁĘGNIARKA/PIEŁĘGNIARZ ROKU 2017

Laureaci XIII Ogólnopolskiego Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku 2017

Tematem przewodnim konkursu było
„Budowanie autorytetu zawodowego przez pielęgniarkę w miejscu pracy”

I miejsce oraz tytuł Pielęgniarki Roku 2017 zdobyła

ANNA SZTAL

reprezentantka Oddziału PTP w Lublinie, zatrudniona w Oddziale Neurochirurgii
i Neurochirurgii Dziecięcej w Samodzielnym Publicznym
Szpitalu Klinicznym nr 4 w Lublinie.

II miejsce zajęła

ANNA JANOTA

reprezentantka Oddziału PTP w Łodzi, zatrudniona w Szpitalnym Oddziale
Ratunkowym w Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego
w Uniwersyteckim Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej w Łodzi.

III miejsce zajęła

RENATA NOWAK

reprezentantka Mazowieckiego Oddziału PTP, zatrudniona w Klinice Anestezjologii
i Intensywnej Terapii w Centralnym Szpitalu Klinicznym MSWiA w Warszawie.

Informacje o konkursie

Celem konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek i pielęgniarzy prezentujących najwyższy poziom przygotowania zawodowego i zaangażowania w działalność na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

Konkurs składa się z trzech etapów:

1. Zgłoszenia uczestników w poszczególnych podmiotach leczniczych
2. Eliminacje, polegające na przeprowadzeniu testu sprawdzającego wiedzę
3. Eliminacje krajowe, gdzie uczestnicy występują z prezentacją na ogłoszony temat przed komisją

Zachęcamy koleżanki i kolegów do udziału w konkursie. Kartę zgłoszenia oraz szczegółowe informacje można znaleźć na stronie <http://www.ptp.na1.pl>