

Spis Treści

1. KOMUNIKATY :

„Położna na medal”	2
Konkursy na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych	3
Sprawozdanie z obrad XXXI Zjazdu Delegatów OIPiPZS	4 – 7
Odpowiedzi na Apele XXXI Zjazdu Sprawozdawczego OIPiPZS	8 – 11
Opinia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego w sprawie zatrudnienie położnej w Domu Pomocy Społecznej	12
Opinia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki w sprawie wykonywania świadczeń przez pielęgniarki z oddziału chirurgii ogólnej na Sali intensywnego nadzoru	13
III Międzyszkolny Konkurs Pierwszej Pomocy Przedmedycznej Szkół Podstawowych „Ratuj – to ważne”	14 – 16
Relacja z uroczystości beatyfikacji Hanny Chrzanowskiej	17 – 18
Dzień Pielęgniarki i Położnej	19 – 23
Kącik historyczny	24 – 32

2. ARTYKUŁY

Wpływ ruchu na organizm człowieka	33 – 35
Stwardnienie zanikowe boczne	36 – 38

POŁOŻNA NA MEDAL

Pomysłodawcą kampanii „Położna na medal” jest Akademia Malucha Alantan angażująca się w propagowanie bezpiecznego i zdrowego stylu wśród rodzin. Kampania prowadzona jest od 2014 roku i ma na celu podnoszenie świadomości roli, jaką odgrywają położne w opiece okołoporodowej.

Położna to nie tylko troskliwość i opiekuńczość ale dzisiaj to profesjonalizm, kompetencje medyczne i związana z nimi odpowiedzialność.

W ramach projektu promowana jest wśród kobiet w ciąży możliwość korzystania z bezpłatnych porad – raz w tygodniu od 21 tygodnia ciąży i dwa razy od 32 tygodnia ciąży – przygotowujących do porodu.

Celem kampanii jest również promocja nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej, które są przyjęte i stosowane przez środowisko położnicze a także zgodne z oczekiwaniami pacjentek.

Kampania „Położna na medal” to wybór 3 najlepszych położnych w kraju. Każde województwo wybiera również swoją najlepszą położną. Nominacja następuje od 1 kwietnia do 31 lipca a głosowanie trwa do 31 grudnia.

Laureatką kampanii „POŁOŻNA NA MEDAL” w województwie łódzkim została :

Pani mgr JOANNA WOŹNIAK - Położna środowiskowo-rodzinna pracująca na terenie Zduńskiej Woli.



Gratulujemy

Konkursy na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych

Przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej uczestniczyli w dniu 27 marca 2018 r. w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej Szpitala Wojewódzkiego im Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu.

W związku z przeprowadzonym postępowaniem konkursowym stanowisko Naczelnej Pielęgniarki Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu objęła **Pani mgr Katarzyna Wojtysiak**.

Przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej uczestniczyli w dniu 16 maja 2018 r. w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc Szpitala Wojewódzkiego im Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu.

W związku z przeprowadzonym postępowaniem konkursowym stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Gruźlicy i Chorób Płuc Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu objęła **Pani Dorota Wyrzuc**.

Przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej uczestniczyli w dniu 6 czerwca 2018 r. w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Rehabilitacyjnego Dla Dzieci w Rafałowie.

W związku z przeprowadzonym postępowaniem konkursowym stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Rehabilitacyjnego Dla Dzieci w Rafałowie objęła **Pani mgr Bożena Sulima**.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej serdecznie Paniom gratuluje oraz życzy wielu sukcesów i satysfakcji z realizacji zadań przewidzianych na objętym stanowisku.



Gratulujemy

Sekretarz Rady OIIPZS – Anna Kulesza informuje :

Sprawozdanie z obrad XXXI Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej

W dniu 23 marca 2018 roku w Sali Starostwa Powiatowego w Sieradzu odbył się XXXI Zjazd Sprawozdawczy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej.

Wśród zaproszonych gości swoją obecnością zaszczylicili Nas :

- Pani Zofia Małas – Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
- Pani prof. Ewa Borowiak – Prodziekan ds. Oddziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
- Pani Beata Zwolińska – W-ce Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi
- Pan Mariusz Bądziór - Starosta Powiatu Sieradzkiego
- Pan Mirosław Urbaś – W-ce Starosta Powiatu Wieruszowskiego
- Pani Barbara Lisik – Przedstawiciel Starostwa Powiatowego w Zduńskiej Woli
- Pan Paweł Osiewała – Prezydent Miasta Sieradza
- Pan Arkadiusz Górąj- Asystent Posła na Sejm Cezarego Tomczyka
- Pani Halina Pecyna – Kierownik ds. Pielęgniarstwa Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu
- Pani Agnieszka Krzywańska – Z-ca Kierownika ds. Pielęgniarstwa Centrum Psychiatrycznego w Warcie
- Pani Bożena Sulima – Pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Rehabilitacyjnego Dla Dzieci w Rafałowie
- Pani Magdalena Świątek – Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Pielęgniarstwa Diabetologicznego dla Województwa Łódzkiego
- Pani Urszula Płoska – Kachel – Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Szpitala Wojewódzkiego w Sieradzu
- Pani Ewa Olejnik – Pielęgniarka Koordynująca Domu Pomocy Społecznej w Biskupicach.

Na Zjeździe Zaproszeni Goście i Delegaci na Zjazd mieli przyjemność wysłuchać prelekcji Pani Elżbiety Pokory pt. „Historia pielęgniarstwa i położnictwa na Ziemi Sieradzkiej”.

W czasie trwania obrad Delegaci na Zjazd podjęli następujące uchwały w sprawie :

- Regulaminów Organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej
- zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej oraz z wykonania budżetu za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 roku
- zatwierdzenia sprawozdania Okręgowej Komisji Rewizyjnej od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 roku
- zatwierdzenia sprawozdania Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 roku
- zatwierdzenia sprawozdania Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 roku
- zatwierdzenia sprawozdania finansowego za rok obrotowy 2017
- zasad gospodarki finansowej i budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej na rok 2018 oraz przewidywania budżetowego na pierwszy kwartał 2019 r.

Ponadto Delegaci XXXI Zjazdu Sprawozdawczego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej przyjęli apele, które zamieszczamy poniżej.

APEL NR 1
XXXI ZJAZDU DELEGATÓW
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej
z dnia 23 marca 2018 roku

w sprawie: pilnej nowelizacji ustawy z dnia 8 czerwca 2017r tzw. „podwyżkowej” poprzez wprowadzenie dodatkowych współczynników pracy dla pielęgniarek i położnych z wykształceniem wyższym (licencjat pielęgniarstwa/położnictwa, magister pielęgniarstwa/położnictwa) bez specjalizacji.

skierowany do:

Ministra Zdrowia,
Klubów Parlamentarnych

Delegaci XXXI Okręgowego Zjazdu OIPiPZS apelują o pilną nowelizację ustawy z dnia 8 czerwca 2017r tzw. „podwyżkowej” poprzez wprowadzenie dodatkowych współczynników pracy dla pielęgniarek i położnych z tytułem licencjata pielęgniarstwa/ położnictwa, magistra pielęgniarstwa/ położnictwa bez specjalizacji.

Uzasadnienie:

W dniu 14.08.2017r weszły w życie przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2017r., poz. 1473). W załączniku do ustawy wymieniono grupy zawodowe według posiadanych kwalifikacji wymaganych na danym stanowisku oraz określono wysokość współczynnika pracy. Z niewiadomych przyczyn pominięto pielęgniarki i położne z tytułem licencjata oraz magistra pielęgniarstwa i położnictwa i nie zaliczono ich do współczynnika pracy wymaganego dla osób wykonujących zawód medyczny wymagający wyższego wykształcenia. Licencjat pielęgniarstwa/ położnictwa oraz magister pielęgniarstwa/ położnictwa zaliczony został do najniższego współczynnika pracy określonego w ustawie. Pielęgniarki i położne podwyższyły swoje kwalifikacje zawodowe najczęściej własnym staraniem i na własny koszt i poprzez zapisy wyżej wymienionej ustawy zostały zdegradowane do poziomu pracowników medycznych bez wyższego wykształcenia. Zgodnie kodeksem pracy(art.18³ c § 1) pracownicy mają prawo do jednakowego wynagradzania za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości, ale przede wszystkim z uwzględnieniem posiadanych kwalifikacji.

Ustawowy wzrost wynagrodzenia zasadniczego powinien zapewniać adekwatny dla każdej grupy zawodowej średni wzrost tego wynagrodzenia z uwzględnieniem posiadanych kwalifikacji zawodowych, dlatego wnosimy o nowelizację obecnej ustawy i wprowadzenie dodatkowych współczynników pracy dla pielęgniarek i położnych mających wyższe wykształcenie, a nie posiadających specjalizacji.

Sekretarz Zjazdu
Barbara Andrzejewska

Przewodnicząca Zjazdu
Hanna Malik

APEL NR 2

XXXI ZJAZDU DELEGATÓW Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej z dnia 23 marca 2018 roku

w sprawie: przyspieszenia prac zmierzających do uregulowania kwestii norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

skierowany do:

Prezesa Rady Ministrów,
Ministra Zdrowia,
Klubów Parlamentarnych

Delegaci XXXI Okręgowego Zjazdu OIPiPZS apelują o wprowadzenie natychmiastowych regulacji dotyczących określenia wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych na łóżko w poszczególnych zakresach świadczeń.

Uzasadnienie:

Obecnie obowiązujące przepisy prawne dotyczące sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych nie gwarantują obsady na właściwym poziomie, a tym samym nie zapewniają pacjentom odpowiedniej opieki pielęgniarsko – położniczej.

Niedostateczna obsada pielęgniarek i położnych może mieć negatywny wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów oraz bezpieczeństwo wykonywania zawodu doprowadzając do szeregu zdarzeń niepożądanych, wypadków przy pracy oraz obniżenia jakości świadczeń pielęgniarskich i położniczych.

Apelujemy o natychmiastowe określenie i wdrożenie odpowiednich wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych gwarantujących zapewnienie odpowiedniej obsady pielęgniarskiej i położniczej na dyżurze / zmianie stosownie do potrzeb i zakresu świadczonych usług zdrowotnych, mając na uwadze konieczność zapewnienia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej oraz właściwego zabezpieczenia tych świadczeń.

Sekretarz Zjazdu
Barbara Andrzejewska

Przewodnicząca Zjazdu
Hanna Malik

APEL NR 3

XXXI ZJAZDU DELEGATÓW Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej z dnia 23 marca 2018 roku

w sprawie: zmiany ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych

skierowany do:

Ministra Finansów
Prezesa Rady Ministrów

Delegaci XXXI Okręgowego Zjazdu OIPiPZS apelują o zmianę przepisów ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych z dnia 26 lipca 1991r (Dz.U. z 2016r.,poz. 2032 ze zm.), poprzez zwolnienie z podatku dochodowego od osób fizycznych wartości świadczeń uzyskanych przez członka samorządu w związku z uczestnictwem w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych organizowanych przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych i finansowanych ze środków samorządu zawodowego.

Uzasadnienie:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu jest jednostką organizacyjną samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych posiadającą osobowość prawną. Pielęgniarka i położna obowiązana jest opłacać składkę członkowską na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych. Obowiązek ten wynika z art. 11 ust. 2 pkt. 4 ustawy z dnia 1 lipca 2011r o samorządzie pielęgniarek i położnych. Ponadto na podstawie art. 61 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej ustawodawca nałożył na pielęgniarki i położne obowiązek stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Koszty organizowanych szkoleń, kursów itp. są pokrywane ze środków organu samorządu zawodowego, pochodzących ze składek członkowskich. Podstawowym warunkiem korzystania z pomocy w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych jest regularne opłacanie składek. Z tytułu przynależności do samorządu zawodowego członkowie mają prawo do korzystania z pomocy Izb w zakresie podnoszenia kwalifikacji zawodowych. W praktyce najczęściej to okręgowe izby pielęgniarek i położnych organizują różnego rodzaju szkolenia, kursy konferencje, a pielęgniarki i położne mogą uczestniczyć w takich szkoleniach bezpłatnie, bądź uzyskać całkowitą lub częściową refundację. Ekonomiczny ciężar szkoleń ponosi samorząd zawodowy, a w rzeczywistości środki te pochodzą ze składek członkowskich opłacanych przez pielęgniarki i położne. Zatem po stronie uczestników szkoleń nie powstaje przychód w rozumieniu ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych. Stanowisko takie korzystne dla członków samorządu zostało już kilkakrotnie wyrażone przez Dyrektora Krajowej Informacji Skarbowej. Wobec powyższego skoro podmioty powołane do interpretacji przepisów podatkowych zajmują jednoznaczne pozytywne stanowisko w tej sprawie, jak również orzecznictwo sądów administracyjnych jest korzystne dla członków samorządu, to zasadnym jest dokonanie zmiany przepisów ustawy i wprowadzenie jednoznacznego zapisu zwalniającego wartość uzyskanych świadczeń przez członka samorządu z podatku dochodowego od osób fizycznych w związku z jego uczestnictwem w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych organizowanych przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych i finansowanych ze środków samorządu zawodowego.

Sekretarz Zjazdu
Barbara Andrzejewska

Przewodnicząca Zjazdu
Hanna Malik



Ministerstwo Zdrowia
Departament Pielęgniarek
i Położnych

Warszawa, 10. 05. 2018

IK: 1327325/KW

Pani
Anna Augustyniak
Przewodnicząca
Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych Ziemi Sieradzkiej

Szanowne Pani Przewodnicząco!

W odpowiedzi na pismo z dnia 20 kwietnia br., znak OIPIPZS/109/2018, zawierające Apel nr 2 XXXI Zjazdu Delegatów OIPIP Ziemi Sieradzkiej z dn. 23 marca 2018r., w sprawie przyspieszenia prac zmierzających do uregulowania kwestii norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do kwestii dotyczącej obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012r. poz. 1545), należy zaznaczyć, iż powyższe rozporządzenie nie zawiera przepisów regulujących zatrudnienie czy też organizację pracy, a jedynie wskazuje sposób ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Powyższe rozporządzenie jest aktem prawnym o charakterze praktycznego narzędzia do wykorzystania przez danego świadczeniodawcę przy ustalaniu liczby pielęgniarek/położnych, które zabezpieczą opiekę nad pacjentami w danym podmiocie. Rozporządzenie nie określa liczby pielęgniarek/położnych, wskazuje natomiast sposób obliczenia koniecznej minimalnej liczby etatów dla pielęgniarek i położnych. Omawiany akt prawny określa jakie dane, właściwe tylko i wyłącznie dla danego podmiotu powinny być wykorzystane w celu dokonania obliczeń.

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

Niezależnie od powyższego Minister Zdrowia mając na uwadze problemy występujące w polskim pielęgniarstwie i położnictwie, w tym m.in. zmniejszającą się liczbę pielęgniarek i położnych w systemie opieki zdrowotnej 21 kwietnia 2017 r. powołał Zespół, który w grudniu 2017 r. opracował dokument pn. *Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*.

Dokument pn. *Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce* określa ustalone wspólnie ze środowiskiem pielęgniarek i położnych kierunki działań jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarstwie dla pacjentów.

Minister Zdrowia podejmując decyzje dotyczące organizacji i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, w szczególności w obszarze pielęgniarstwa i położnictwa będzie uwzględniał propozycje działań określone w ww. Strategii, mając na uwadze możliwości i zasoby (m.in. finansowe) budżetu państwa oraz systemu ochrony zdrowia.

Zgodnie z ww. Strategią jednym z priorytetów Ministra Zdrowia będzie wdrożenie do porządku prawnego rozwiązań dotyczących norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Aktualnie w resorcie trwają prace dotyczące zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295 z późn.zm.). W dniu 13 kwietnia br., projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego został przekazany do konsultacji publicznych. Przedmiotowy projekt wprowadza zmiany polegające na modyfikacji warunków realizacji świadczeń gwarantowanych.

Zmiany wprowadzane w przedmiotowym projekcie są m.in. efektem ww. Strategii opracowanej we współpracy ze środowiskiem zawodowym pielęgniarek i położnych. Przedmiotowy projekt określa wprowadzenie wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych w wymiarze 0,6 na łóżko (dla oddziałów o profilu zachowawczym) i 0,7 (dla oddziałów o profilu zabiegowym) wraz z wymaganymi kwalifikacjami zawodowymi. Przewiduje się, że wprowadzenie w poszczególnych profilach oddziałów szpitalnych wymiaru etatu w przeliczeniu na łóżka na oddziale oraz kwalifikacji personelu pielęgniarstwie i położniczego będzie skutkowało poprawą jakości i dostępności do świadczeń udzielanych przez pielęgniarki, a tym samym wpłynie na zapewnienie bezpieczeństwa pacjentom oraz właściwego zatrudnienia pielęgniarek.

Mając na uwadze powyższe, uprzejmie informuję, że do czasu przyjęcia nowych rozwiązań oraz wprowadzenia w życie przepisów regulujących normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, zastosowanie mają przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638, z późn. zm.), które zobowiązują kierownika podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą do ustalania i stosowania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Jednocześnie należy podkreślić, iż organizacją pracy pielęgniarek w oddziałach zajmują się osoby zarządzające, poczynając od pielęgniarki oddziałowej, przełożonej pielęgniarek, naczelnej pielęgniarki. To na kadrze kierowniczej danego podmiotu leczniczego spoczywa obowiązek monitorowania zabezpieczenia opieki pielęgniarstwiej w poszczególnych komórkach organizacyjnych szpitala oraz obciążenia pracowników medycznych wypełnianiem innych zadań, które wynikają z organizacji pracy w danym podmiocie leczniczym. Natomiast odpowiedzialność za zarządzaniem podmiotem leczniczym ponosi kierownik tego podmiotu, zgodnie z przepisami art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej.



Z upoważnienia Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Dorota Zinkowska
rada ministrów

Do wiadomości:

Pan Rafał Siemianowski Zastępca Dyrektora, Biuro Prezesa Rady Ministrów, Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

KANCELARIA PREZESA RADY MINISTRÓW

BIURO PREZESA RADY MINISTRÓW

Rafał Siemianowski
ZASTĘPCA DYREKTORA

Warszawa, dnia 30 kwietnia 2018 r.

BPRM.222.5.6.2018

**Pani/
Izabela Szewczyk
Dyrektor Biura
Ministra Finansów**

Szanowna Pani Dyrektor,

w załączeniu przekazuję według kompetencji, skierowane do Prezesa Rady Ministrów Pana Mateusza Morawieckiego, pismo Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej z dnia 20 kwietnia 2018 r., przedkładające Apel w sprawie *zmiany ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych*.

Uprzejmie proszę o udzielenie odpowiedzi Zainteresowanym, z kopią do wiadomości Biura Prezesa Rady Ministrów.

Z wyrazami szacunku



Do wiadomości:

Pani Anna Augustyniak
Przewodnicząca Rady
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej

KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO
mgr Leokadia Jędrzejewska
DOIPiP we Wrocławiu, 53-333 Wrocław ul. Powstańców Śl. 50
tel/fax 71 373 20 56, tel. kom. 691 85 20 69, e-mail: l.jedrzejewska@wp.pl
KK/33/04/18 Wrocław, 10 kwietnia 2018r.

WPLYNEŁO
dnia 23 IV 2018
LpZ 112/18
podpis Kellene

Opinia

W sprawie zatrudnienia położnej w Domu Pomocy Społecznej

Wykonywanie zawodu położnej podlega regulacjom ustawowym. Zgodnie z art. 5 ust. 2 pkt. 7, ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2016r. poz. 1251 z późn. zm.) położna może realizować świadczenia zdrowotne w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych położnej określonych w ustawie (art.5.1), do których można m.in. zaliczyć. :

- ⓐ profilaktykę chorób kobiecych i patologii położniczych,
- ⓐ sprawowanie opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą,
- ⓐ realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- ⓐ samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Zwracam przy tym uwagę, że odbiorcami usług położnej mogą być tylko kobiety, przebywające w Domu Pomocy Społecznej.

Konsultant Krajowy
w dziedzinie pielęgniarstwa
ginekologicznego i położniczego

Leokadia Jędrzejewska

**Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa
anestezjologicznego i intensywnej opieki**

dr hab. n. med. Danuta Dyk

Poznań, 14.03.2018r.

16 III 2018
8/1/18
Kulene Ame
podpis

Pani
Anna Augustyniak
Przewodnicząca
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Ziemi Sieradzkiej

Szanowna Pani Przewodnicząca,

w odpowiedzi na pismo znak: OIPiPiPZS/71/2018 dotyczącego wykonywanych świadczeń przez pielęgniarki z oddziału chirurgii ogólnej, na Sali intensywnego nadzoru informuję jak poniżej.

Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki określa ustawa z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, natomiast szczegółowe regulacje wykonywania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki anestezjologiczne w zakresie anestezji i intensywnej terapii reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Udzielanie w szpitalu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji przedstawia zapis ww. rozporządzenia w § 9. pkt 9. lekarz wykonujący znieczulenie może w tym samym czasie znieczulać tylko jednego pacjenta, podczas znieczulenia z lekarzem współpracuje pielęgniarka anestezjologiczna, dotyczy to również znieczuleń wykonywanych poza salą operacyjną. W Załączniku nr1. części I cytowanego rozporządzenia określono, że pacjenta w bezpośrednim okresie pooperacyjnym umieszcza się w sali nadzoru poznieczuleniowego, a bezpośredni nadzór nad pacjentem w sali nadzoru poznieczuleniowego prowadzą pielęgniarki anestezjologiczne, którym należy zapewnić środki techniczne umożliwiające stały kontakt z lekarzem specjalistą anestezjologii i intensywnej terapii. Szczegółowo podany został również stosunek liczby pielęgniarek anestezjologicznych w sali nadzoru poznieczuleniowego na każdej zmianie do liczby faktycznie obłożonych stanowisk nadzoru poznieczuleniowego, który nie powinien być niższy niż 1:4.

W związku z powyższym pielęgniarki, które nie posiadają kwalifikacji pielęgniarki anestezjologicznej nie mogą uczestniczyć w wykonywaniu procedury anestezji niezależnie od jej charakteru ani też sprawować opieki nad pacjentem w bezpośrednim okresie po znieczuleniu w sali nadzoru poznieczuleniowego.

Z poważaniem,

Danuta Dyk
Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa
anestezjologicznego i intensywnej opieki

Adres do korespondencji:

Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki
Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań, Tel.: 61/ 8612 239, Fax.: 61/ 8612 238, e-mail: zpaio@ump.edu.pl

IV MIĘDZYSZKOLNY KONKURS PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ i ASERTYWNOŚCI

„Ratuj – to ważne” „Używkom powiedz NIE”

Dnia 11 maja 2018 r. w Zespole Szkolno – Przedszkolnym nr 1w Zduńskiej Woli odbył się IV Międzyszkolny Konkurs Pierwszej Pomocy Przedmedycznej i Asertywności pt.: **„Ratuj – to ważne”, „Używkom powiedz NIE”** adresowany do uczniów szkół podstawowych klas IV -VI.

Zachęcając uczniów do zmagania konkursowych chcielibyśmy już wśród najmłodszych kształtować prawidłowe reakcje wobec osób poszkodowanych oraz poczucie odpowiedzialności za zdrowie i życie własne i innych oraz propagować asertywność. Ważnym elementem było również doskonalenie praktycznych umiejętności w zakresie udzielania pierwszej pomocy, jak również nauka mówienia NIE w sytuacjach namawiania do używek.

W konkursie wzięło udział osiem szkół:

- SP nr 1 z Sieradza
- SP z Krobanowa
- SP z Zapolic
- SP nr 2 ze Zduńskiej Woli
- SP nr 9 ze Zduńskiej Woli
- SP nr 10 ze Zduńskiej Woli
- SP im. Marii Grzegorzewskiej ze Zduńskiej Woli
- oraz SP nr 6 ze Zduńskiej Woli.





Konkurs składał się z trzech części: teoretycznej w formie testu i krzyżówki, części praktycznej z zakresu udzielania pomocy poszkodowanym oraz odegranie scenki z wykazaniem umiejętności asertywnego zachowania. W części pierwszej każdy indywidualnie w określonym czasie rozwiązywał test i krzyżówkę. Część druga konkursu miała charakter praktyczny, zadaniem zawodników było podjęcie właściwych działań ratowniczych w określonym zdarzeniu. Działania te uczniowie wykonywali na symulantach, którymi między innymi byli nasi absolwenci Szkoły Podstawowej nr 6 w Zduńskiej Woli. W części trzeciej uczniowie losowali scenkę dotyczącą asertywności. Zadaniem uczestników konkursu było wcielić się w role aktorskie i zaprezentować przed komisją jak zachować się w sytuacji, gdy inni namawiają nas do używek.

Jury składające się z pani Anety Antosiak - Dyrektora Biura Programów Zdrowotnych i Spraw Społecznych w Urzędzie Miasta Zduńska Wola, dwóch pań pielęgniarek z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej: Anny Augustyniak i Anny Kuleszy, pani policjantki z Komendy Powiatowej Policji - mł. asp. Anny Wiśniewskiej i pana policjanta sierż. sztab. Adama Kaźmierczaka oraz dwóch strażaków z Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej: kpt. Konrada Filipczaka i st. asp. Łukasza Łudczaka, wyłoniło laureatów:

I miejsce drużyna ze Szkoły Podstawowej nr 6 ze Zduńskiej Woli

II miejsce drużyna ze Szkoły Podstawowej nr 9 ze Zduńskiej Woli

III miejsce drużyna ze Szkoły Podstawowej nr 1 z Sieradza

Wszyscy uczestnicy konkursu otrzymali dyplomy, najlepsi puchary i nagrody. Dzięki naszym sponsorom mogliśmy również poczęstować wszystkich pysznymi pączkami i napojem.

Nagrody ufundowali:

- Miasto Zduńska Wola,
- Dyrektor Zespołu Szkolno – Przedszkolnego nr 1 w Zduńskiej Woli,
- Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej.

Inicjatorem i współorganizatorem konkursu była Anna Filipczak – Przewodnicząca Zespołu Medycyny Szkolnej przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej.

Przewodnicząca Zespołu
Medycyny Szkolnej OIPiPZS
Anna Filipczak

BEATYFIKACJA HANNY CHRZANOWSKIEJ

W dniu 28 kwietnia 2018 r. w Bazylice Bożego Miłosierdzia w Krakowie – Łagiewnikach pielęgniarka Hanna Chrzanowska została ogłoszona błogosławioną.

Uroczystościom przewodniczył kard. Angelo Amato, który w trakcie Mszy odczytał list apostolski Ojca Świętego, w którym papież zezwala, 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. Ogłoszenie beatyfikacji zebrani przyjęli gromkimi oklaskami.

Po odczytaniu listu apostolskiego papieża Franciszka, nastąpiło odsłonięcie obrazu beatyfikacyjnego, który przedstawia Hannę jako 30-letnią pielęgniarkę. Obraz ten, autorstwa Zbigniewa Juszczaka, został namalowany na podstawie jej fotografii. W rękach nowa błogosławiona trzyma różaniec oraz Rachunek sumienia pielęgniarki, którego jest autorką.

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 czepka pielęgniarskiego, symbolu misji, jakiej podjęła się Hanna Chrzanowska.

W uroczystościach uczestniczyły pielęgniarki z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w składzie: Anna Augustyniak, Zofia Małkiewicz, Jolanta Maciejewska, Barbara Kubik i Antonina Bondarewa.





DZIEŃ PIELEŃNIARKI I POŁOŻNEJ

W dniu 10 maja 2018r. odbyło się spotkanie z okazji Dnia Pielęgniarki i Położnej. Na spotkanie zostały zaproszone koleżanki pielęgniarki i położne, które pracowały w sieradzkim szpitalu przy ul Nenckiego 2 w latach 1952 – 1992.

W spotkaniu wzięło udział 60 osób. Radość ze wzajemnego spotkania po wielu latach była ogromna, wspomnieniom nie było końca, którym towarzyszyły śmiech i łzy.



Od lewej: Maria Rembek i Józefa Margaritis, która pracę w Szpitalu rozpoczęła w 1958 r.



Od lewej: Zofia Wałęcka, Kazimiera Pertkiewicz – pracę w Szpitalu rozpoczęły w 1960 r.









Kącik historyczny



Szanowne Koleżanki i Koledzy

Z prawdziwą radością otwieram mały kącik historyczny. Zamierzam przedstawić w nim krótką historię zawodu pielęgniarki i zawodu położnej, a także historię pielęgniarek i położnych szpitala w Sieradzu przy ul. Nenckiego 2.

Są najmniej dwa powody, dla których chcę zrobić to teraz.

Pierwszy powód, ważny dla nas wszystkich Polaków, to 100 rocznica odzyskania przez Polskę niepodległości. Rok 1918 to również bardzo ważny rok dla pielęgniarek. Właśnie wtedy, przy udziale znanych postaci życia politycznego w naszym młodym państwie zapadały decyzje dotyczące utworzenia pierwszych szkół pielęgniarskich w Polsce i tworzenia podstaw prawnych dla tego zawodu oraz jego umocowania w życiu społeczeństwa.

Drugim powodem dla którego piszę jest 165 rocznica funkcjonowania szpitala w Sieradzu przy ul. Nenckiego 2, zwanego „starym” /w odróżnieniu od szpitala przy ul. Armii Krajowej 7/, którą uroczystie obchodziliśmy w minionym roku.

Z tejże okazji w sieradzkim muzeum odbyła się 27 października 2017r. uroczysta sesja z udziałem władz państwowych i wielu byłych pracowników tego szpitala. Na ten dzień przygotowałam i miałam przyjemność przedstawić historię sieradzkiego pielęgniarstwa oraz zaprezentować około 80 sylwetek pielęgniarek i położnych, które pracowały w szpitalu w latach 1920 – 2017.

Ta swoista encyklopedia powstała przy współudziale naszych koleżanek, które dostarczyły zdjęcia z minionych lat oraz informacje o przebiegu swojej pracy zawodowej. Koleżanki chętnie wspominały tamte lata i wspólnie ustalałyśmy chronologię wydarzeń.

O tych których już nie ma wśród nas, informacje uzyskałam od ich rodzin i z archiwum szpitalnego. W tym miejscu pragnę serdecznie podziękować panu archiwistce za przychyłność i okazaną pomoc.

Szkoda byłoby, aby ten materiał zaginął lub przebywał zamknięty w szufladzie.

To nasza historia, nasza tożsamość, o niej nie możemy zapomnieć. Musimy ją nieść dla kolejnych pokoleń pielęgniarek i położnych naszego miasta.

O przebiegu uroczystości w sieradzkim muzeum informowaliśmy w grudniowym biuletynie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w roku 2017.

Zachęcam do zwiedzenia wystawy, która przedstawia 600-letnią historię „starego szpitala” oraz prezentuje sylwetki lekarzy oraz pielęgniarek i położnych pracujących w tym szpitalu na przestrzeni ostatnich 100 lat.

Tablice prezentujące pielęgniarki i położne powstały przy wsparciu finansowym OIPiPZS. Wystawa znajduje się w holu na parterze szpitala przy ul. Nenckiego 2.

Serdecznie zapraszam.

Elżbieta Pokora

Odcinek I. Historia powstania zawodu pielęgniarki

Do początku XIX wieku pielęgniarstwo nie było dziedziną działalności społeczno-zawodowej. Czynności związane z pielęgowaniem były jednak podejmowane od zarania dziejów. Pielęgowaniem zajmowali się zakonnicy i zakonnice m.in. lazaryści, rycerze teutońscy, zakon Klarysek, zakon ojców Bonifratrów, Zgromadzenie Szarytek, Stowarzyszenie Pań Miłosierdzia Wincentego a Paulo i wiele innych.

Nowoczesne pielęgniarstwo i szkolnictwo zapoczątkowała Florencja Nightingale, która w 1860 roku założyła pierwszą szkołę pielęgniarstwa przy szpitalu św. Tomasza w Londynie. Jako pierwsza potraktowała pielęgniarstwo jako zawód, do wykonywania którego niezbędna jest edukacja i praktyka.

O Florencji Nightingale słyszała każda pielęgniarka, ale było to zapewne dawno, w okresie pobierania nauki w szkole medycznej. Minione lata zatępiły te informacje, dlatego dzisiaj przypominam sylwetkę tej niezwyklej kobiety i jej działalność, aby ponownie docenić ją i zauważyć jak wielką była postacią w swojej epoce.



Florencja Nightingale ur. 12.08.1820 r. we Florencji, zmarła 13.08.1910r. w Londynie, w rodzinie lorda, działaczka społeczna, publicystka, statystyk. Nazywana Damą z lampą.

W wieku 24 lat oświadczyła rodzinie, że pragnie swoje życie zawodowe związać z opieką nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi. Swoją decyzją wprowadziła rodzinę w przerażenie, ponieważ osoby zajmujące się ludźmi w szpitalach i przytułkach rekrutowały się z najniższych warstw społecznych. Od 1845r. zaczęła odwiedzać szpitale, zakłady opiekuńcze i przytułki gromadząc wszelkie informacje na temat sprawowanej tam opieki i ludzi ją realizujących. Mając 31 lat w 1851r. rozpoczęła naukę w zawodzie pielęgniarki w Ewangelickim Zakładzie Diakonijnym w Kaiserwerth. Dwa lata później przyjęła stanowisko przełożonej w Zakładzie Opieki dla Chorych Dam w Londynie wykorzystując okazję, aby uczynić z owej instytucji wzorcowy szpital swoich czasów. Równocześnie rozpoczyna szkolenia dla przyszłych pielęgniarek.

Jej działalność została zauważona i doceniona tak dalece, że w czasie wojny krymskiej /między Rosją a Turcją w latach 1853- 1856/ na prośbę Sidneya Herberta ówczesnego ministra – sekretarza ds. wojny, została poproszona do zorganizowania od podstaw opieki nad rannymi żołnierzami. Z wielkim zapałem przystąpiła do działania zwalczając uprzedzenia mężczyzn lekarzy, oficerów i urzędników. Jako przełożona 38 angielskich pielęgniarek w szpitalu w Santarii

/obecnie dzielnica Stambułu/ zdołała, dzięki swej energii i zaangażowaniu, poprawić fatalny stan sanitarny brytyjskich szpitali polowych. Nazywana była Damą z lampą. Nie rzadko przechadzała się po wyciszonych polach bitew z lampą oliwną wyszukując ciężko rannych żołnierzy. Lampa ta stała się jej znakiem rozpoznawczym, a w przyszłości stanie się symbolem pielęgniarstwa współczesnego. Po powrocie z misji wojskowej zostaje ekspertem Armii Brytyjskiej ds. wojskowej służby pielęgniarskiej i równocześnie przygotowuje się do uruchomienia szkoły pielęgniarskiej. W 1860 r. otwiera pierwszą, z prawdziwego zdarzenia szkołę pielęgniarstwa przy szpitalu Św. Tomasza w Londynie. W swojej pracy dydaktycznej wypracowała podstawy, na których opiera się współczesny wizerunek pielęgniarstwa. Zdefiniowała, opracowała metody i sposoby pielęgnacji chorych i poszkodowanych. Wyszkoliła kilka pokoleń pielęgniarek, które w jej następstwie kontynuowały nauczanie zawodu oraz były twórczyniami pierwszych podręczników do nauki.

W roku 1907 Florencja Nightingale otrzymała, jako pierwsza kobieta, Brytyjski Order Zasługi, a 5 lat po jej śmierci wzniesiono ku jej czci pomnik na placu Waterloo w Londynie. W 1912 r. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża ustanowił Medal Florence Nightingale będący prestiżowym odznaczeniem przyznawanym zasłużonym pielęgniarkom z całego świata.



Pamiętajcie, jeżeli kiedykolwiek będziecie podczas wakacyjnej wycieczki w Londynie nie zapomnijcie odwiedzić Florencji Nightingale na placu Waterloo i zrobić pamiątkową fotkę.

To bardzo przedsiębiorcza kobieta, silnie dążąca do realizacji swojego młodzieńczego celu.

Niech będzie dla wielu przykładem jak pracować wytrwale i spełniać swoje marzenia. Efekty jej pracy doświadczają ludzie na całym świecie każdego dnia.

Odcinek II. Historia powstania zawodu pielęgniarki w Polsce

Już wiemy, że kolebką nowoczesnego pielęgniarstwa jest Anglia, gdzie pracowała i tworzyła Florencia Nightingale. Na jej dorobku organizacyjnym i pedagogicznym wzorowali się następnii twórcy pielęgniarstwa na terenie ówczesnej Anglii, a z czasem i kolejnych krajów Europy.

W Ameryce Północnej bardzo szybko ukształtował się zawód pielęgniarki, a wraz z nim nastąpił rozwój związków i organizacji zawodowych. To właśnie one prowadziły działalność związaną z kształceniem, praktyką zawodową oraz regulacją statusu zawodowego i społecznego pielęgniarek.

W 1899r. w Nowym Jorku rozpoczęto kształcenie na poziomie szkoły wyższej, a w 1919r. w Kanadzie. Niedługo po tym zaczęły ukazywać się podręczniki i czasopisma pielęgniarskie. Rozwijano praktykę pielęgniarską szpitalną jak i zdrowia publicznego.

W roku 1899 powstała Międzynarodowa Rada Pielęgniarek.

W Polsce do XIX w. szpitale lokalizowano przy instytucjach zakonnych. W 1609 r. do Polski sprowadzono zakonników, bonifratrów, a w 1651r. - siostry ze Zgromadzenia Szarytek. Sprawowali oni opiekę nad chorymi przez długie lata w szpitalach na terenach polskich.

W 1895r. powstała pierwsza polska szkoła pielęgniarstwa. Była to Lwowska Szkoła Pielęgniarstwa przy Szpitalu Powszechnym - do roku 1937 nie posiada pełnych praw i kształciła tylko zakonnice dla potrzeb szpitala dziecięcego, w którym pracowały.

W 1911r. powstaje Szkoła Zawodowych Pielęgniarek Stowarzyszenia PP. Ekonomek św. Wincentego a Paulo w Krakowie, nazywana starą szkołą krakowską. Funkcjonowała do 1921r., zamknięta z powodu braku środków finansowych. Była to pierwsza tego rodzaju uczelnia w Polsce kształcąca świeckie pielęgniarki. Ukończyło ją 41 absolwentek cieszących się wielkim uznaniem społeczeństwa.

Historia powstania pielęgniarstwa w Polsce wiąże się jednak w pewnym stopniu z działalnością polityczną światowej sławy kompozytora i pianisty Ignacego Paderewskiego.



Ignacy Paderewski ur. 06.11.1860 w Kuryłówce na Podolu, zm. 29.06.1941r. w Nowym Jorku, polski pianista, kompozytor, działacz niepodległościowy, mąż stanu, polityk, premier niepodległego państwa i minister spraw zagranicznych od 18.01.1919r. do 27.11.1919r. Koncertował w wielu krajach Europy i Ameryki, gdzie zdobył ogromną popularność i nawiązał wiele znaczących znajomości.

Po wybuchu I-ej wojny światowej zaczął prowadzić na szeroko zakrojoną skalę działalność dyplomatyczną na rzecz Polski i Polaków, wykorzystując swą popularność na Zachodzie. Zbierał m.in. fundusze na pomoc ofiarom wojny i był jednym ze współzałożycieli Komitetów Pomocy Polakom w Paryżu i w Londynie. Razem z Henrykiem Sienkiewiczem założył w Vevey/Szwajcaria/ Komitet Pomocy Polskim Ofiarom Wojny, a w Londynie Polski Fundusz Pomocy. W Paryżu siedzibę

miał Paryski Komitet Narodowego Odrodzenia Polski oraz Misja Amerykańskiego Czerwonego Krzyża. Skąd do Ameryki przekazywane były informacje o złym stanie zdrowia społeczeństwa polskiego, braku placówek profilaktycznych oraz zawodowo wykwalifikowanych pielęgniarek.

Z inicjatywy Paryskiego Komitetu Odrodzenia Polski na terenie Ameryki Północnej szkolone były amerykanki polskiego pochodzenia. Na krótkich kursach pomocy pielęgniarskich przygotowywane były do pracy na terenie Polski, nazywano je **szarymi samarytankami**. Czynny udział w ich szkoleniu brała Helena Paderewska, żona pianisty, która wraz z pierwszą grupą samarytanek dotarła jesienią 1918r. do Polski.

Ignacy i Helena Paderewscy widząc ogrom biedy, rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych i słabą opiekę w szpitalach, proszą przedstawicieli Amerykańskiego Czerwonego Krzyża o pomoc w tworzeniu szkół pielęgniarskich.

Ignacy Paderewski osobiście kontaktuje się z córką amerykańskich przyjaciół Dorotą Hughes, która skończyła Amerykańską Wojskową Szkołę Pielęgniarstwa, prosząc, aby natychmiast przyjechała do Polski i pomogła w organizacji nowoczesnego pielęgniarstwa. Dorota Hughes rozumiała, że sama nie jest w stanie udźwignąć takiego zadania. Pozyskała więc 50 tysięcy dolarów i przekazała na zorganizowanie pierwszej szkoły pielęgniarstwa w Polsce. Dysponentem tych środków był Amerykański Czerwony Krzyż, który pokrywał koszty tworzenia szkoły, pensje instruktorek i wykładowców oraz stypendia dla uczennic przez kolejne pięć lat.

Pierwszą szkołą pielęgniarską w Polsce utworzoną w oparciu o fundusze Amerykańskiego Czerwonego Krzyża była **Szkoła Pielęgniarstwa PCK w Poznaniu-21.VII.1921r.** – dyrektorką została Ita Mc Donell. Pierwsze instruktorki zawodu to również amerykanki często polskiego pochodzenia: Mary Suchowska, Emilia Skorupa. Szkolenie trwało 2 lata, warunkiem przyjęcia do szkoły było posiadanie świadectwa ukończenia 6 klas gimnazjum starego typu, a po reformie szkolnictwa w 1932 r. 4 klas gimnazjum, tak zwana mała matura. Początkowo szkoła mieściła się w kamienicy przy ul. Grottgera 3. W marcu 1939r. szkoła z dorobkiem i doświadczeniem przeniosła się do własnego gmachu przy Wałach Leszczyńskich 38. W dniu 3 września 1939r. ówczesna dyrektorka szkoły Maria Jędrzejewska wraz z instruktorkami i uczennicami wyjechała pociągiem do Warszawy, aby pracować w warszawskich szpitalach w czasie oblężenia Warszawy. W tych dniach ich piękna, nowa szkoła została doszczętnie zniszczona przez bombardowania lotnictwa niemieckiego. Nie miały dokąd wracać. Po zakończeniu wrześniowych działań wojennych uczennice zostały przyjęte do Szkoły Pielęgniarstwa PCK w Warszawie, a instruktorki do pracy w warszawskich szpitalach. Szkoła poznańska wznowiła swoją działalność we wrześniu 1946r. w pomieszczeniach Szpitala Miejskiego.

Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa – 21 października 1921r. Pierwsza dyrektor Helen Lilian Bridge, mająca doświadczenie w prowadzeniu misji na terenie Rosji i Mongolii. Szkoła współfinansowana była przez szereg instytucji: „fundusz amerykański”, Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Magistrat m. st. Warszawy, PCK oraz rodziny Paderewskich i Szlenkierów. Układ taki nie zapewniał szkole osobowości prawnej. W pierwszym okresie funkcjonowania szkoła mieściła się w budynku Polskiego Czerwonego Krzyża przy ul. Smolnej 6, a od kwietnia 1929r. została przeniesiona do własnego budynku przy ul. Koszykowej 78. Finansowo, w budowie szkoły pomogła Fundacja Rockefellera. Kandydatki do przyjęcia winny posiadać ukończone 20 lat, najmniej małą maturę /6 klas gimnazjum/, dobry stan zdrowia. Okres szkolenia z uwagi na całkowity brak wyszkolonych pielęgniarek został ustalony na dwa lata, a od grudnia 1933r. - 2,5 roku. W Ameryce okres nauki trwał minimum trzy lata. Wybitne instruktorki tej szkoły to Stella Tyłska, Józefina Jokajtis, Julia Wolska, Maria Chłudzińska, Berta Holman. Helen Bridge opuszcza szkołę w czerwcu 1928r. W okresie pracy Helen Bridge szkoła zyskała programy nauczania, budynek, placówki szkolenia praktycznego i osobowość

prawną. Szkoła od 1924r. prowadzona była przez Fundację - Warszawska Szkoła Pielęgniarstwa. Od 01 grudnia 1928r. do 01 grudnia 1936r. szkołę prowadziła Zofia Szlenkierówna, następnie do 1944r. Jadwiga Romanowska, absolwentka I zespółu WSP.



Zofia Szlenkierówna /1882 -1939/ urodzona w Warszawie w zamożnej rodzinie przemysłowca. Po śmierci ojca, mając 18 lat odziedziczyła duży majątek. Studiowała medycynę w Genewie. Naukę przerwała po 3 latach z powodu choroby matki. Gdy zdrowie matki uległo poprawie kontynuowała naukę w Szkole Pielęgniarstwa w Londynie. W 1910r. przystąpiła do budowy szpitala dziecięcego w warszawskiej dzielnicy Woli. Nazwała go imionami swoich rodziców Karola i Marii. Szpital był nowoczesny i zaliczał się do najlepszych placówek medycznych w Europie. W roku 1913 szpital został ofiarowany miastu. Zofia Szlenkierówna do końca życia była jego

kuratorem. W 1921r. powstawała w Warszawie nowoczesna szkoła pielęgniarstwa dzięki nakładom finansowym Amerykańskiego Czerwonego Krzyża, Fundacji Rockefellera, dotacji rządu oraz rodzin Paderewskich i Szlenkierów. Pierwszą dyrektorką szkoły była Helen Bridge, kolejną Zofia Szlenkier. Przed objęciem stanowiska ukończyła pielęgniarską szkołę im. Florence w Bordeaux we Francji. W swojej pracy w szkole dbała zarówno o przygotowanie zawodowe jak i o formację osobowościową przyszłych pielęgniarek. Sama wykladała etykę pielęgniarską. Pracując w szkole tęskniła jednak do pracy w szpitalu. W dniu 1 grudnia 1936r. zakończyła pracę w szkole i zajęła się wyłącznie założonym przez siebie szpitalem. Zmarła 2 października 1939r.

W uznaniu zasług dla naszego rodzimego pielęgniarstwa nazywana polską Florencją Nightingale. Odznaczona Krzyżem Oficerskim Polonia Restituta, Krzyżem Komandorskim Polonia Restituta, Złotym Krzyżem Zasługi, Medalem Florencji oraz tytułem Honorowym Obywatelom Warszawy.

Szkoła Pielęgniarek na Czystem, ul. Dworska 17, przy Szpitalu Starozakonnych w Warszawie – została otwarta 8 lipca 1923r. Była trzecią szkołą w Polsce, a drugą w Warszawie. Na jednym z posiedzeń ławników w Magistracie miasta Warszawy podniesiono sprawę opieki w Szpitalu Starozakonnych na Czystem, liczącym 1200 łóżek. Opieka była gorsza niż w jakimkolwiek szpitalu. Pracował w niej element przypadkowy, bez żadnego przygotowania, zbieranina ludzka na niskim poziomie kulturalnym i moralnym. Nawet nie wszystkie pielęgniarki oddziałowe przeszły 6 miesięczny kurs pielęgnowania chorych. Rada Miasta wystąpiła z wnioskiem utworzenia dla młodzieży żydowskiej przy Szpitalu Starozakonnych szkoły pielęgniarskiej, analogicznej do Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Organizacją szkoły zajęło się Żydowskie Towarzystwo Ochrony Kobiet, które niezbędne fundusze na założenie i wyposażenie szkoły otrzymało z Amerykańskiego Funduszu Pomocy Żydom /American Joint Distribution/. Amelia Greenwald i Ruth Hoffman - dyplomowane pielęgniarki, amerykanki żydowskiego pochodzenia zostały delegowane przez AJD do zorganizowania i prowadzenia szkoły w Warszawie. Pierwszą dyrektorką została A. Greenwald i prowadziła ją do 1927r. Następną do 27 lutego 1938r. była Sabina Schindler, kolejną Nina Lubawska, która w 1939r. wyjechała na szkolenie do Ameryki, gdzie zastał ją wybuch II-ej wojny światowej. Następczynią była Luba Bielecka – Blum, która prowadziła szkołę przez okres okupacji do powstania w gettcie żydowskim w 1943r. Szkoła i Szpital Starozakonnych znajdowały się na terenie getta warszawskiego i uległy całkowitej likwidacji z chwilą likwidacji getta. Dyrektorka Luba Bielecka-Blum przewidując zdarzenia, najcenniejsze materiały i pamiątki szkoły umieściła w dwóch, zdawałoby się bezpiecznych miejscach: w wydziale zdrowia Magistratu miasta Warszawy przy ul. Złotej 14 i mieszkaniu prywatnym Marii Babickiej – Zachertowej, byleż szefowej pierwszego Referatu Pielęgniarstwa w Departamencie Służby Zdrowia przy ul. Sędziszewskiej. Oba adresy zostały kompletnie zniszczone podczas powstania warszawskiego w 1944r.

Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia w Krakowie powstała 10 grudnia 1925r. i stanowiła przedłużenie „starej” szkoły krakowskiej, gdyż powstała dzięki staraniom osób, które poprzednio stworzyły i prowadziły pierwszą szkołę pielęgniarstwa w Polsce. Fundacja Rockefellera na prośbę Marii Epstein dyrektorki „starej szkoły” zobowiązała się na pokrycie budowy, adaptacji i wyposażenia wskazanego budynku dla potrzeb szkoły. Rada Uniwersytetu Jagiellońskiego wyraziła zgodę, aby Szkoła Pielęgniarek powstała jako Studium z własnym statutem w ramach Wydziału Lekarskiego oraz wskazała budynek przy ul. Kopernika 23/dotychczasowa biblioteka medyczna/. Była to pierwsza szkoła pielęgniarek prowadzona wyłącznie przez pielęgniarki polskie, absolwentki szkół pielęgniarstwa polskich. Wiele z nich odbyło staże pedagogiczne w szkołach amerykańskich lub na terenie Europy finansowanych przez Fundację Rockefellera. Należały do nich: Maria Epstein, Anna Rydlówna /absolwentka 1-go rocznika „starej szkoły”/, Teresa Kulczyńska, Maria Jędrzejewska, Hanna Chrzanowska, Elżbieta Borkowska, Halina Legutko i inne. Wymienione nauczycielki były autorkami programów nauczania w poszczególnych specjalnościach pielęgniarstwa, autorkami przewodników i podręczników szkolnych. Nauczanie w szkole trwało 2,5 roku, przyjmowano absolwentki szkół ogólnokształcących. Wykładowcy rekrutowali się spośród lekarzy klinik i zakładów uniwersyteckich, instruktorki praktycznej nauki zawodu to m.in. wymienione pielęgniarki. Szkoła funkcjonowała do 1940r. tj. do dnia zajęcia gmachu przez Niemców.



Anna Rydlówna /1884 - 1969/ córka profesora okulistyki i rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie, siostra poety Lucjana Rydla. Całe swoje życie poświęciła pielęgniarstwu i Szkole Zawodowych Pielęgniarek oraz jej następczyni **Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia w Krakowie**, które współorganizowała. Była w nich kolejno uczennicą, nauczycielką i dyrektorką. Wychowała wiele pokoleń pielęgniarek, przekazując im swoją pracowitość, skromność, oddanie w służbie człowiekowi. Zyskała sobie wysoki autorytet zawodowy i moralny. Odznaczona Medalem im. Florencji Nightingale.



Hanna Chrzanowska ur. 7 października 1902r. w Warszawie. Jej ojciec był znanym profesorem literatury polskiej na Uniwersytecie Jagiellońskim w Krakowie, matka Wanda z domu Szlenkier z rodziny zamożnych warszawskich przemysłowców. Hanna podjęła studia na polonistyce UJ. Po dwóch latach zrezygnowała i przenieśli się do Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Po jej ukończeniu w 1924r. przez szereg lat była instruktorką w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie, a także w Warszawskiej Szkole Pielęgniarstwa. Odbyła roczne stypendium Fundacji Rockefellera we Francji, półroczne stypendium UNRA w Stanach Zjednoczonych i miesięczne w Belgii. Od 1929r. przez 10 lat redagowała pierwsze w Polsce czasopismo zawodowe „Pielęgniarka Polska”. Miało ono pionierskie znaczenie dla kształtującego się środowiska pielęgniarek. W czasie wojny zgłosiła się jako wolontariuszka do pracy w Obywatelskim Komitecie Pomocy działającym pod przewodnictwem arcybiskupa Adama Sapiechy. Zajmowała się adopcją sierot i poszukiwaniem rodzin zastępczych, ukrywała żydowskie dzieci. Organizowała leki i materiały opatrunkowe dla chorych i rannych. Opactwo OO. Bernardynów w Tyńcu miało szczególny wpływ na rozwój jej wiary i życie religijne. Od 1956r. była oblatką opactwa tyńckiego. Po wojnie Hanna

Chrzanowska wróciła do pracy pedagogicznej w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek w Krakowie. W 1946r. wyjechała do Nowego Jorku na półroczne stypendium. Tam udało jej się poznać amerykańskie pielęgniarstwo domowe i jego metodykę. Po powrocie do kraju wdrażała do programu nauczania przedmiot pielęgniarstwo domowe. W drugiej połowie lat pięćdziesiątych z powodów światopoglądowych została odsunięta od pracy dydaktycznej. Znalazła wówczas nowe pole działania: organizowanie fachowego pielęgniarstwa domowego w ramach sieci parafii. Spotkała się wtedy z pomocą ks. Karola Wojtyły, który wspierał bezpośrednio jej zaangażowanie. Jest autorką wielu publikacji fachowych w tym „Pielęgniarstwo w otwartej opiece zdrowotnej”. Brała udział w pracach rozwijającego się Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Hanna Chrzanowska umiera w dniu 29.04.1973 r. Pochowana jest na cmentarzu Rakowickim w Krakowie. W dniu 28 kwietnia 2018 r. zostaje beatyfikowana w Sanktuarium Bożego Miłosierdzia w krakowskich Łagiewnikach.

Szkoła Pielęgniarstwa i Pracy Społecznej przy Polskim Czerwonym Krzyżu w Katowicach założona 1 kwietnia 1927r. przez PCK Okręgu Śląskiego w Katowicach, z siedzibą przy ul. Andrzeja 9, który zapewniał jej wyłączne finansowanie. Na Śląsku odczuwano dotkliwy brak pielęgniarek, szczególnie polskich pielęgniarek. Niestety, brak było kandydatek o odpowiednim cenzusie wykształcenia ogólnego. Za zgodą Departamentu Zdrowia do szkoły przyjęto absolwentki szkół podstawowych, ale wydłużono okres nauki do 3 lat. Ponieważ przyjęto prawie wyłącznie Ślązaczki, szkoła poza programem zawodowym prowadziła szkolenie z zakresu języka polskiego, historii i arytmetyki. Organizowały szkołę i prowadziły dwie absolwentki Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa Maria Mochacka i Anna Martin. Trzecią, ostatnią dyrektorką była dr Maria Kujawska. Prowadzenie szkoły wiązało się z ogromnymi problemami, słuchaczki miały kłopoty z zaliczeniem poszczególnych bloków tematycznych, autonomiczne władze województwa kładły nacisk na przyjmowanie uczennic tylko z terenu Śląska, które posiadały niewystarczające kwalifikacje ogólne. Występowały niezgodności w realizacji programu nauczania. W obliczu powyższych trudności w czerwcu 1929r szkoła uległa likwidacji.

Szkoła Pielęgniarstwa PCK w Warszawie – rozpoczęła swoją działalność 29 kwietnia 1929r. Została umieszczona w budynkach przy ulicy Smolnej 6, w których mieściła się Warszawska Szkoła Pielęgniarska do chwili przeniesienia się do nowego budynku. Szkoła podlegała Zarządowi Głównemu PCK, utrzymywała się z subwencji Zarządu Głównego PCK i dotacji Ministra Opieki Społecznej oraz opłat od uczennic. Pierwszą dyrektorką była Helena Nagórska, następną od 1936r. Małgorzata Żmudzka. Obie panie były absolwentkami Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa. Okres nauki trwał 2,5 roku, pierwszeństwo w przyjęciu miały kandydatki o wyższym statusie wykształcenia ogólnego. Zadaniem szkoły było przede wszystkim szkolenie pielęgniarek dla potrzeb instytucji wojskowych oraz placówek prowadzonych przez PCK. Uczennice miały obowiązek pracy po ukończeniu szkoły w placówkach wskazanych przez PCK i należały do korpusu sióstr PCK.

Szkoła Pielęgniarek Społecznych Związku Kas Chorych w Poznaniu- otwarta 5 kwietnia 1932r. przetrwała tylko dwa lata i już 15 lutego 1934r. została zamknięta. Bodźcem do powstania szkoły były wzrastające potrzeby lecznictwa otwartego. Bezpośrednim powodem likwidacji szkoły była reorganizacja Ubezpieczalni Społecznej. Okręgowe Związki Kas Chorych uległy likwidacji, zadania ich zostały przejęte przez nowo powstałą instytucję, funkcjonującą do dzisiaj tj. Zakład Ubezpieczeń Społecznych /ZUS/, który stwierdził, że prowadzenie szkoły nie jest ich statutowym zajęciem.

W Polsce pierwszą ustawą stanowiącą kamień węgielny całego ustawodawstwa sanitarnego w odrodzonej ojczyźnie była Zasadnicza Ustawa Sanitarna z dnia 19.07.1919r. Prace nad projektem prowadziła pielęgniarka Maria Babicka – Zachertowa.

W 1924r. utworzono Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych/prezes Maria Zachertowa/, które w 1925r. przyjęto do Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. **W 1926r. powstał referat pielęgniarski w Departamencie Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.**

Dnia 21 lutego 1935 roku Sejm II Rzeczypospolitej Polskiej uchwalił **pierwszą Ustawę o pielęgniarstwie na mocy art. 44 Konstytucji RP, którą podano do powszechnej wiadomości w Dzienniku Ustaw w roku 1935, nr 27, poz. 199** podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej I. Mościckiego, Prezesa Rady Ministrów L. Kozłowskiego i Ministra Opieki Społecznej J. Paciorkowskiego.

Ogłoszenie tejże Ustawy nastąpiło 16 kwietnia 1935 roku, a po upływie trzech miesięcy 16 lipca 1935 roku weszła w życie. Rozporządzenie Wykonawcze Ministra Opieki Społecznej do Ustawy wydane zostało 17 marca 1936 roku.

Ustawa stanowiła akt ramowy, który dawał ogólne wytyczne i ustalenia najważniejszych zagadnień. Opracowanie przepisów szczegółowych, leżało w gestii ministra w formie rozporządzeń wykonawczych.

Wdrożenie w życie Ustawy o pielęgniarstwie było koniecznością, efektem wieloletnich starań oraz narzędziem do wprowadzenia ładu i porządku organizacyjnego, świadczyło o randze zawodu i docenieniu go przez społeczeństwo i rząd, oraz o potrzebie rozwoju i permanentnego podnoszenia jakości pracy wykwalifikowanych pielęgniarek.



Maria Babicka – Zachertowa ur. w 1893r w Łodzi, córka mgr farmacji i nauczycielki. Zamieszkała w Warszawie z mężem dr Marianem Zachertem. W roku 1911 ukończyła gimnazjum, następnie 2-letnie kursy pedagogiczne. Pracowała jako nauczycielka, Podczas I-ej wojny światowej pracowała jako sanitariuszka. W kolejnych latach w Wydziale Sanitarnym Sztabu Generalnego. Z chwilą uruchomienia Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa podjęła w niej naukę. Była prezesem Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych. W roku 1925 otrzymała stypendium szkoleniowe. Odbyła praktykę w Kanadzie i w USA. Była pierwszą pielęgniarką zatrudnioną w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej, gdzie została kierownikiem Krajowego Referatu ds. Pielęgniarstwa. Była współautorką pierwszej ustawy o zawodzie pielęgniarki, która

ukazała się w 1935r. W czasie wojny pracowała w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Działała w konspiracji, ofiarnie pomagała w ukrywaniu Żydów. Podczas Powstania Warszawskiego wraz z mężem została rozstrzelana.

Elżbieta Pokora

Informacje dotyczące rozwoju pielęgniarstwa polskiego uzyskano z opracowań:

1. Jadwiga Kaniewska – Iżycka „Rozwój pielęgniarstwa w Polsce do roku 1950. Warszawa 1989
2. Stefania Poznańska „Pielęgniarstwo wczoraj i dziś”. PZWL.1988.
3. oraz z Wirtualnego Muzeum Pielęgniarstwa

Wpływ ruchu na organizm młodego człowieka

Aktywność fizyczną definiuje się jako każdy skurcz mięśnia szkieletowego, który powoduje wzrost wydatku energetycznego.

Przez aktywność ruchową (fizyczną) rozumiemy całą naszą działalność związaną z wykonywaniem dowolnego ruchu czy wysiłku fizycznego. Możemy ją podzielić na dwa rodzaje:

- wymuszoną aktywność fizyczną, związaną z wykonywaniem pracy zawodowej,
- spontaniczną aktywność fizyczną, realizowaną z własnej woli, w czasie wolnym od pracy zawodowej.

Powszechnie przyjęte pojęcie aktywności fizycznej odnosi się głównie do spontanicznej aktywności realizowanej w czasie wolnym, w dowolnej wybranej przez ćwiczącego formie. Jest ona obszarem zainteresowania medycyny profilaktycznej.

Aktywność ruchowa całego społeczeństwa, w tym szczególnie dzieci i młodzieży, jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka w każdym okresie życia, a jej zaspokojenie zapewnia równowagę psychiczną i fizyczną. Szczęólnego znaczenia nabiera zwłaszcza w dzieciństwie i młodości, kiedy staje się niezbędna dla prawidłowego rozwoju. Aktywny tryb życia dziecka wpływa nie tylko na rozwój motoryczny, ale i pozostałe sfery rozwoju i funkcjonowania jego organizmu. Wyniki licznych badań dowodzą, że zwiększona aktywność ruchowa ma korzystny wpływ na szereg właściwości nie tylko fizjologicznych, adaptacyjnych i odpornościowych a także na prawidłowy przebieg szeregu procesów metabolicznych i hormonalnych ustroju rosnącego. W sferze psychicznej i społecznej pomaga uzyskać szereg cech ważnych w życiu dorosłym, takich jak: równowaga emocjonalna, hart psychiczny, odporność na stresy, umiejętność psychicznej adaptacji do zmieniających się warunków. Bardzo istotne wydaje się wychowywanie młodego człowieka w trosce o własne zdrowie, którego nieodłącznym elementem jest odpowiednia, systematyczna aktywność ruchowa, aby w dorosłym życiu miał możliwość oddziaływania na nie, utrzymywania go i poprawiania. Sprzyja kształtowaniu cech współdziałania w grupie i życzliwego stosunku do rówieśników.

Podczas ruchu ujawniają się potencjalne możliwości dziecka związane ze sprawnością i wydolnością fizyczną oraz zdolnością przystosowania się. Jest to bowiem najtańszy i najpowszechniejszy środek stymulujący rozwój, zwiększający wszechstronne możliwości adaptacyjne, dający większe poczucie bezpieczeństwa i radość oraz zdecydowanie zwiększający odporność organizmu. Ponadto wychowanie fizyczne i sport będąc atrakcyjną i lubianą formą aktywności, wynikającą z „naturalnych” zainteresowań dzieci i młodzieży, odciąga ją od różnych szkodliwych czynników jak np. palenie papierosów, picie alkoholu, narkomania.

Autorzy Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) podkreślają, że aktywność fizyczna jest niezbędna dla prawidłowego rozwoju oraz zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego ludzi w każdym wieku. Jednym z celów operacyjnych NPZ jest zwiększenie aktywności fizycznej społeczeństwa, a oczekiwane efekty do 2015 roku to:

1. Zaangażowanie w różne formy aktywności ruchowej o określonej intensywności i częstotliwości w czasie wolnym co najmniej 60% dzieci i młodzieży oraz 35% dorosłych,
2. Zapewnienie co najmniej 80% gmin warunków do zwiększania aktywności ruchowej różnych grup ludności w miejscu zamieszkania.

Ruch i ćwiczenia jako bodźce naturalne potrafią oddziaływać na cały nasz organizm, wpływając korzystnie na czynności wszystkich jego narządów.

Do bodźców kształtujących organizm zaliczamy także pracę ludzką, która stanowiła zawsze jeden z głównych czynników, które wyróżniały nas ze świata zwierząt. Prosta praca fizyczna była przez wiele pokoleń istotnym bodźcem kształtującym organizm ludzki.

„ Zgodnie z zasadą niepodzielnej jedności ustroju ruch pobudza do rozwoju nie tylko morfologiczne cechy osobnicze, układy wewnętrzne i motoryczność człowieka, lecz jest także stymulatorem życia psychicznego. Staje się też ważnym środkiem wychowania moralnego, estetycznego i społecznego. Znamienne jest to, iż w okresie najbujniejszego rozwoju, to jest w dzieciństwie, występuje wzmożona ruchliwość, czyli tak zwane zjawisko autostymulacji”.

1.1 Zmiany w poszczególnych układach spowodowane wysiłkiem fizycznym.

Organizm człowieka, reagując na bodźce ruchowe rozwija się i doskonali. Ćwiczenia fizyczne wzmacniają organizm dziecka, a także kształtują i wzmacniają wszystkie jego układy:

Układ mięśniowy:

- układ mięśniowy oddziałuje kształcąco na układ kostny;
- wzrost masy mięśniowej pod wpływem wysiłku;
- lepsze odżywianie pracującego mięśnia, usprawnienie wydalania produktów przemiany materii (spalania);
- zmiany biochemiczne prowadzące do zwiększenia odporności na zmęczenie oraz do szybszej odnowy sił;
- wzrost ilości substancji energetycznych – glikogenu.

Układ kostno - stawowy:

- Korzystny wpływ ćwiczeń na aparat kostno-stawowy;
- zwiększenie zakresu ruchu w stawie, utrzymuje pełne zakresy ruchu, a w przypadku ich ograniczenia mogą wpłynąć na ich zwiększenie;
- kształtują powierzchnie stawowe;
- zwiększają elastyczność i sprężystość torebek i więzadeł w stawach;
- ćwiczenia warunkują w dużej mierze uwapnienie kości;
- bezruch doprowadza do odwapnienia układu kostnego, zaburzeń w jego ukrwieniu i do bolesności.

Układ krążenia:

- wzrost pojemności minutowej serca;
- spowolnienie tętna spoczynkowego, a także obniżenie ciśnienia krwi;
- skurcz oraz rozkurcz mięśnia ułatwia prawidłowe krążenie na obwodzie i odpływ chłonki naczyniami chłonnymi;
- zmiany przystosowawcze układu krążenia do zwiększonego wysiłku fizycznego (zdolność szybkiego zwiększania pracy pod wpływem obciążenia, szybki powrót do poziomu wyjściowego po zakończeniu pracy).

Układ oddechowy:

- zwiększenie pojemności płuc;
- wzrost wykorzystania tlenu w powietrzu wdychanym;
- silne mięśnie oddechowe kształtują klatkę piersiową i postawę ciała.

Układ nerwowy:

- pod wpływem wysiłku fizycznego następuje rozwój dodatkowych gałązek nerwowych prowadzących do włókien mięśniowych;
- ćwiczenia pobudzają ośrodkowy układ nerwowy;
- rozwija się pamięć ruchowa oraz szybkość i łatwość oddziaływania na bodźce zewnętrzne;
- specjalne ćwiczenia mogą usunąć lub zmniejszyć zaburzenia równowagi i koordynacji ruchów.

Układ trawienny i moczowo-płciowy:

- ćwiczenia i ruch zwiększają sprawność mięśni gładkich i wydolność narządów leżących w jamie brzusznej i miednicy;
- poprawiają czynność żołądka i jelit oraz pośrednio wpływają na wydolność wątroby i nerek;
- ćwiczenia i ruch zapobiegają zaparciom, zaleganiu moczu w drogach moczowych, zakażeniom i tworzeniu się kamieni moczowych.

1.2 Konsekwencje braku ruchu

W organizmach pozbawionych ruchu zachodzą procesy patologiczne, organizmy te chorują i szybciej starzeją się. Wynika to z funkcji, jaką spełniają mięśnie w metabolizmie całego ustroju. Praca mięśni i ruch to nie tylko czynniki niezbędne do utrzymania sprawności i wydolności psychofizycznej osób dorosłych, lecz także bardzo istotny czynnik rozwoju wzrastającego organizmu do aktywnego wypoczynku.

Ogólnoustrojowe skutki hipo- i akinezji dotyczą praktycznie wszystkich układów, ale na pierwszym miejscu wymienia się zwykle układ krążenia. Dochodzi do zmian w obrębie serca, jak i krążenia obwodowego. Zmniejsza się objętość wyrzutowa serca, a rozchwianiu ulegają mechanizmy regulacji ciśnienia krwi.

W układzie oddechowym obserwuje się upośledzenie wentylacji, które jest wynikiem zmniejszenia ogólnej siły mięśniowej oraz ruchów mięśni między żebrowych.

W następstwie unieruchomienia może rozwijać się osteoporoza oraz zmniejsza się wytrzymałość mechaniczna kości.

Kuński uważa, że „...brak ruchu utrudnia racjonalne wykorzystanie spożytych pokarmów, sprzyja otyłości i utrudnia jej leczenie, upośledza stan krążenia wieńcowego (sercowego), upośledza obwodowe krążenie krwi, osłabia ścięgna i mięśnie, zwiększa ryzyko uszkodzeń stawu, zmniejsza siłę mięśniową, osłabia koordynację mięśniową, wyraźnie zmniejsza odporność na nieprzewidziane trudy życia codziennego”.

Bibliografia u autorki.

Stwardnienie Zanikowe Boczne

Stwardnienie zanikowe boczne (Sclerosis lateralis amyotrophica- SLA) to choroba neurodegeneracyjna. Rozwija się powoli, a przyczyną jest wystąpienia patologii dotyczącej górnego i dolnego neuronu ruchowego(w korze mózgu, pniu mózgu oraz rdzeniu kręgowym).

Jest chorobą o dramatycznym przebiegu powodując u chorego ciągle postępującą niemożność samodzielnego poruszania się w wyniku powstałych niedowładów mięśni, utraty komunikowania się z otoczeniem przez narastające zaburzenia mowy oraz dyzartrie, a także utrudnione naturalnego odżywiania spowodowane dysfagią i zaburzeniami połykania.

W zależności w którym miejscu następuje defekt neuronu ruchowego do nazewnictwa choroby stosujemy odmiennych określeń tj. :

- ✓ Ołężenie Czołowe (naruszeni ulega zakręt przedśrodkowy płata czołowego)
- ✓ Porażenie Rzekomoopuszkowe (zniszczeni ulega droga korowo- jądrowa)
- ✓ Porażenie Opuszkowe (degradacja dotyczy jądra nerwów czaszkowych)
- ✓ Pierwotne Stwardnienie Boczne (zniszczenie drogi korowo – rdzeniowej)
- ✓ Postępujący Zanik Mięśni (uszkodzenie komórek rogu przedniego rdzenia).

Etiologia- przyczyna SLA jest nadal nieznana, jednak powstało kilka hipotez czynnika sprawczego choroby takich jak:

- ✓ genetyczna (mutacja genu SOD1- w 20% rodzinnego występowania SLA),
- ✓ wirusowa (wywołana ostrą infekcją wirusową np. wirusem polio),
- ✓ toksyczna(spowodowana kontaktem z takimi metalami jak: ołów, selen, rtęć, magnez jednak dotychczas tego jednoznacznie nie udowodniono),
- ✓ mineralna (przewlekłym niedoborem wapnia).

SLA jest jednostką chorobową „heterogenną” gdyż w każdym poszczególnym przypadku różnorodna jest rola hipotetycznych mechanizmów zaistnienia choroby. Im szybsze prawidłowe rozpoznanie SLA tym lepiej prowadzone jest stosowne leczenie objawowe, odpowiednio prowadzona fizykoterapia , działania logopedyczne i wsparcie psychologiczne, co ma ogromny wpływ na przeżywalność chorych i znaczną poprawę jakości ich życia. Zasady postępowania diagnostycznego i leczniczego w SLA wydał drukiem zespół specjalistów w 2005 r. w *European Journal of Neurology*, a ich celem było określenie standardów postępowania, kierunków dalszych badań nad tą jednostką również genetycznych, umiejętności zobrazowania choremu rozpoznania i dalszej poprawy jakości ich życia.

Epidemiologia – zapadalność 3 przypadki / 100 000 osób a przeciętny wiek zachorowania przypada na 5-6 dekadę życia. Częściej chorują mężczyźni, a występowanie rodzinne dotyczy 5% badanych przypadków i ich dziedziczenie następuje autosomalnie dominująco. Przeżywalność u 25% pacjentów to 2 lata od postawienia diagnozy, 50% żyje 3-4 lata choć znane były przypadki życia przez 5-10 lat a czasami dłużej.

Objawy kliniczne SLA w początkowej fazie trwania choroby w 75% powodują o różnym nasileniu niesymetryczne osłabienie i zanik mięśni kończyn górnych i dolnych oraz 25% pojawiające się objawy zespołu opuszkowego i rzekomoopuszkowego.

Do głównych objawów klinicznych choroby neuronu ruchowego zaliczamy :

- ✓ postępujące osłabienie siły mięśniowej kończyn i mięśni opuszkowych

- ✓ zaniki i kurcze mięśni, który wynikają z zwyrodnienia komórek rogów przednich rdzenia kręgowego
- ✓ w porażeniu opuszkowym następuje osłabienie mięśni żwaczy i mimicznych twarzy, osłabienie podniebienia, co powoduje częściowe cofanie się przyjmowanego pokarmu do nosogardzieli, zaburzenia połykania oraz niemożność wysunięcia języka jak również zaburzenia mowy (spowolnienie i monotonność), a także występuje możliwość pojawienia się labilności emocjonalnej, myśli samobójcze
- ✓ przy objęciu chorobą dolnego neuronu ruchowego występują zaniki i faskykulacje mięśni (drżenie pęczkowe- spontaniczne drgania mięśni) oraz pofałdowanie języka z zanikiem mięśni z wystąpieniem zanikiem odruchu gardłowego i żuchwowego
- ✓ znaczne uczucie zmęczenia , bezdenność
- ✓ powstanie objawu babińskiego, odruchów wygórowanych i pojawienie się napięcia mięśniowego to wynik postępu choroby na poziomie drogi korowo-rdzeniowej
- ✓ spadek masy ciała powstały na skutek zaburzeń odżywiania
- ✓ opadanie głowy wywołane zmniejszeniem napięcia mięśni karku
- ✓ zaburzenia psychiczne, depresja, lęk wywołany strachem przed śmiercią i zaburzeniami oddechowymi
- ✓ ból obecny w krańcowym okresie trwania choroby i często wywołany spastycznością i kurczami, niewygodna pozycja ułożenia
- ✓ postępujące zaburzenia oddychania wynikające z upośledzenia mięśni oddechowych, nadmiernej wydzieliny w drogach oddechowych i nieefektywnym odruchu kaszlowym, narastającej duszności

Rozpoznanie SLA powinno być postawione szybko, a wszyscy z podejrzenie tej choroby skierowani do neurologa gdzie poddani są cyklowi badań niezbędnych do potwierdzenia diagnozy. Chory ma wykonywane badania neurofizjologiczne tj. EMG, badanie przewodnictwa nerwowego, oraz badania radiologiczne: RTG kl. Piersiowej, RM/TK (głowy, odcinka szyjnego, piersiowego i lędźwiowego).Badania krwi obejmują OB, CRP, TSH, FT4, FT3, ASPAT,ALAT, LDH, morfologie krwi, immunoelektroforeze surowicy, CK, elektroforeze białek surowicy, elektrolity, kreatyninę.

Przekazanie rozpoznania lekarz neurolog dokonuje osobiście przeznaczając na tą rozmowę ok. 45-60 min. , prezentując kolejne etapy choroby, mając na uwadze zasób posiadanej przez pacjenta aktualnej wiedzy dotyczącej przedstawianego tematu oraz uznając kulturalne i socjalne warunki chorego i jego najbliższych. Udostępniamy pisemne materiały, poradniki, wiadomości na temat choroby, grup wsparć oraz instytucji niosących pomoc chorym na SLA.

Leczenie SLA ma za główny cel opanowanie i złagodzenie dokuczliwych objawów towarzyszących temu schorzeniu. Szczególna rola w procesie leczenia ma poradnictwo psychologiczne i właściwa opieka pielęgnarska na każdym etapie choroby oraz wsparcie duchowe[2].Rekomendacje leczenia objawowego (symptomatycznego) nakreśliła Europejska Federacja Towarzystwa Neurologicznego w 2005 r. i określiła zalecenia:

- ✓ nadmierne ślinienie leczymy skopolaminą lub amitryptylina, używamy mechanicznych ssaków, iniekcje toksyny botulinowej do ślinianki (faza eksperymentalna), radioterapie gruczołów ślinowych
- ✓ nadmierne wydzielanie z drzewa oskrzelowego łagodzimy edukacją pacjenta i rodziny efektywnego ręcznego wspomaganie kaszlu, stosowanie przenośnych, domowych ssaków i nawilżaczy powietrza, leczenie mukolitykami, nebulizacje z solankami, stosowanie mechanicznych urządzeń wspomagających oddech

- ✓ rzekomoopuszczkowa labilność emocjonalną łagodzimy lekami p/depresyjnymi
- ✓ spastyczność mięśni łagodzimy systematycznym stosowaniem fizjoterapii hydroterapii oraz podając leki zwiotczające mięśni tj. baklofen i tyzanidyna
- ✓ objawy bólowe leczymy wg zaleceń WHO
- ✓ zaburzenia psychiczne, bezsenność znosimy lekami p/depresyjnymi, amitryptyliną, zolpidemem, difenhydraminą, leki podając diazepam, lorazepam
- ✓ zmęczenie wpływa niezależnie od postępu depresji na znaczne obniżenie jakości życia chorego dlatego powinno być aktywnie leczone
- ✓ kurcze mięśni łagodzi fizjoterapia, hydroterapia, a w niektórych przypadkach podajemy siarczan chininy, Mg²⁺, karbamazepinę, fenytoinę, werapamil, gabapentyne
- ✓ zakrzepowemu zapaleniu żył zapobiegamy stosując profilaktykę antykoagulantami oraz regularną fizjoterapią, wyższym ułożeniem kończyn dolnych
- ✓ duszność kontrolujemy nocną pulsoksymetrią, ustalamy z chorym i opiekunami dostępne opcje wentylacji nieinwazyjnej, zastosowanie NIV- non invasive ventilation; IV- invasive ventylnation; TV- tracheostomyventylnation.
- ✓ U pacjentów z niewydolnością oddechową należy pamiętać, że pierwsze stosujemy NIV a następnie TV oraz błędna jest sama tlenoterapia bez wspomaganiej wentylacji, gdyż może wywołać retencję CO₂ i nadmierne wysuszenie błony śluzowej w jamie ustnej.
- ✓ Lęki w czasie ataku duszności łagodzimy lorazepamem a w przewlekłej morfina podając 4-6 x na dobę w dawce 2,5mg p.o. a podawaną podskórnie lub dożylnie od 0,5mg/h stopniowo zwiększając .
- ✓ Zastosowując do terapii TV należy uprzedni ustalić z chorym, uświadamiając mu, że jest to etap sztucznego utrzymywania go przy życiu. W czasie TV nie ma możliwości komunikowania się i w praktyce duża część pacjentów unika zastosowania TV.
- ✓ problemy z przyjmowaniem pokarmów korygujemy dietą półpłynną o wzmożonej konsystencji w częstotliwości 5 - 6 x na dobę, a w miarę postępu schorzenia ustalamy z chorym możliwość zastosowania odżywiania przez PEG,PRG
- ✓ komunikacja z chorym wspomagana jest w początkowym etapie choroby pracą zlogopeda, metoda pisemnego porozumiewania w późniejszym etapie stosując tablice z alfabetem, protez unoszących podniebienie, przenośnych elektronicznych wyświetlaczy głosu lub nowoczesnych systemów komputerowych
- ✓ jedynym ustalonym lekiem stabilizującym i wydłużającym czas przeżycia jest riluzol i każdy chory z SAL powinien mieć zaproponowaną taką terapię co lekko wydłuża życie o ok. dwa miesiące
- ✓ leczenie gabapentyną, koenzymem Q10, wit.E, minocykliną wg EFNS nie ma wskazań a znacznie naraża pacjenta na duże koszty leczenia.

W leczeniu choroby neuronu ruchowego bardzo ważna jest szybka i trafna diagnostyka, którą w Polsce zapewniają specjalistyczne ośrodki przy klinikach neurologicznych gdzie tworzone są poradnie dla chorych z SLA.

Często opiekę nad tymi chorymi przejmują placówki opieki paliatywnej. Opieka ta ma charakter ciągłego procesu. Bardzo ważnym aspektem opieki paliatywnej jest wcześniejsze ustalenie z chorym i jego opiekunami terminalnej fazy choroby i uzyskanie świadomej decyzji o sztucznym podtrzymywaniu życia (poprzez podłączenie do respiratora), co skutkuje długoterminową inwazyjną wentylacją lub odstąpienie od tych czynności na wyraźną prośbę chorego. Decyzja taka jest bardzo trudna dla pacjenta, dlatego powinien mieć pozostawiony czas do jej podjęcia a personel medyczny oraz najbliżsi zobligowani są do jej bezwzględnego respektowania. Aktualnie prowadzone są prace badawcze nad stosowaniem terapii przeciwretrowirusowej (Indinavirem) oraz przeciwutleniaczami, zalecane są analizy DNA u chorych z potwierdzoną rodzinną historią zapadalności na SLA jednakże na dzień dzisiejszy jest to choroba nieuleczalna, z stosunkowo krótkim okresem przeżywalności.

Bibliografia dostępna u autorki.