

W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH



*Wesołych
Świąt!*

Boże Narodzenie to czas, by zatrzymać się
i z uwagą przeżyć to, co naprawdę ważne
– obecność, miłość i bliskość.

Niech **wspólne chwile** napełnią serca **spokojem**,
domy **cieplem**, a twarze – **uśmiechem**,
przynosząc **wytnnienie**
od codziennych trosk.

*Życzy
Anna Szafran*

Przewodnicząca DORPIP
we Wrocławiu



W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY

Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

www.doipip.wroc.pl

Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:

Anna Szafran, Urszula Olechowska, Danuta Musioł,
Dorota Pietrzak, Jolanta Kolańska, Beata Łabowicz,
Beata Dąbrowska, Sylwia Durlej, Teresa Szerszeń.

Redakcja techniczna, skład, korekta i przygotowanie
do druku – emildruk.pl

*Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca,
w tekstach publikowanych zastrzega sobie prawo
skróć, zmian tytułów oraz poprawek stylistyczno-
językowych.*

Artykuły, listy, uwagi i inną korespondencję prosimy
nadsyłać na adres redakcji:

Dolnośląska Okręgowa Izba

Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław

tel: **71 373 20 56**, e-mail: info@doipip.wroc.pl

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZA TREŚĆ TEKSTÓW, OGŁOSZEŃ I REKLAM

DOIPiP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA PRACY
W KRAJU I ZAGRANICĄ

UWAGA:

**Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!**

Numer zamknięto 01.12.2025 r.
Do druku przygotowano 01.12.2025 r.

Nakład 1500 egzemplarzy
Druk ABIS

Pismo nieodpłatnie rozprowadzane wśród członków
Samorządu Pielęgniarek i Położnych.

Wszystkie artykuły, i nie tylko, można znaleźć na
stronie internetowej Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

www.doipip.wroc.pl

DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu

ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
tel. 71 333 57 02, fax 71 373 20 56
e-mail: info@doipip.wroc.pl
www.doipip.wroc.pl

NUMER KONTA BANKOWEGO DOIPiP

na który należy przekazywać SKŁADKI CZŁONKOWSKIE
Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **63 1240 6670 1111 0000 5641 0435**

GODZINY PRACY BIURA DOIPiP we Wrocławiu

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

BIBLIOTEKA

czynna codziennie
w godzinach pracy BIURA

DZIAŁ KSZTAŁCENIA

tel. 71 333 57 08
poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15
e-mail: dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl

KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA

Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **13 1240 6670 1111 0000 5648 5055**

GODZINY PRACY KASY

poniedziałek, środa: 10-16; wtorek, czwartek: 8-13
piątek: NIECZYNNĄ
tel. 71 333 57 02

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

tel. 71 333 57 02
Informacja o dyżurach pod numerem telefonu
lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

tel. 71 333 57 02
Informacja o dyżurach pod numerem telefonu
lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

RADCA PRAWNY – Marcin Dzik

poniedziałek: 12.30-15.30, środa: 8:00-12:00
tel. 785 930 294
e-mail: info@doipip.wroc.pl

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPiP

Bank PKO BP IV Oddział Wrocław, ul. Gepperta 4
Nr konta: **56 1020 5242 0000 2702 0019 9224**
tel. 71 333 57 02

Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej moż-
na uzyskać w czasie dyżuru w środę 15-16.30 telefonicznie
lub osobiście. **KSIEGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY
POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI.**

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

► PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr Ewa Pielichowska

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
T: 261 660 207, 608 309 310
E: naczelnia.pieligniarka@4wsk.pl

► PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO OD 01.10.2022 R.

– Dr n. med. Monika Przeźrzelaska
Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa
Ginekologiczno-Położniczego
ul. Bartła 5, 50-996 Wrocław
T: 71 784 18 24, 608 509 727
E: mprzezzrzelaska.konsultant@gmail.com

► PIELĘGNIARSTWA W OPIECE DŁUGOTERMINOWEJ – mgr Dorota Rudnicka

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej
Będkowo Sp. z o.o. Sp. k.
Będkowo 1, 55-100 Trzebnica
T: 71 722 29 48, 603 852 669
E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

► PIELĘGNIARSTWO INTERNISTYCZNE

– Uchmanowicz Izabella prof. dr hab. n. med.
Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu
E: izabella.uchmanowicz@umw.edu.pl

► PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor
Dolnośląskie Centrum Onkologii,
Pulmonologii i Hematologii
pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław
T: 71 36 89 260, 603 38 58 98
E: e.garwacka@gmail.com

► PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr Klaudia Michnik
T: 787 523 032
E: klaudiamichnik5@gmail.com

► PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

– dr n. o zdr. Jerzy Twardak
Uniwersytet Medyczny
Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego
ul. Bartła 5, 56-618 Wrocław
T: 668 193 147
E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWO OPIEKI PALIATYWNEJ

– mgr Ewa Śniechowska-Krzyżanowska
Bonifraterskie Centrum
Zdrowia sp. z o.o.
ul. Gen. R. Traugutta 57
T: 728 871 779
E: ewakrzyzanowska@gmail.com

► PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

– dr n. o zdr. Wiesław Zielonka
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy
ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica
T: 502 676 039
E: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

► PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr Dorota Kaczor
Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o.
ul. J.Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra
T: 606 226 655
E: kador@wp.pl

WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPiP WE WROCŁAWIU

Sekretariat.....	71 333 57 02	Księgowość.....	71 333 57 06
Sekretariat (fax).....	71 373 20 56	Kasa.....	71 333 57 02
Dyrektor biura.....	71 333 57 00	Okręgowy Rzecznik	
Przewodnicząca.....	71 333 57 02	Odpowiedzialności Zawodowej.....	71 333 57 02
Wiceprzewodnicząca.....	71 333 57 10	Okręgowy Sąd	
Sekretarz.....	71 333 57 04	Pielęgniarek i Położnych.....	71 333 57 02
Skarbnik.....	71 333 57 05	Dział Kształcenia.....	71 333 57 08
Ewidencja/rejestr piel. i poł. 71 333 57 09/ 71 333 57 11		Kierownik Działu Kształcenia.....	71 333 57 12
Ewidencja/rejestr piel. i poł.	71 333 57 14	Radca Prawny.....	785 930 294
Praktyki zawodowe.....	71 333 57 07	Biblioteka.....	71 333 57 11

SZANOWNI PAŃSTWO, DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WROCŁAWIU

przypomina swoim członkom o ich **UPRAWNIENIACH** w tym zwłaszcza:

1

Członkowie samorządu mają prawo:

- wybierać i być wybieranym do organów DOIPiP we Wrocławiu,
- korzystać z pomocy Izby w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych i ochrony właściwych warunków pracy,
- korzystać z pomocy prawnej Izby,
- korzystać z innych świadczeń Izby i działalności samopomocowej.

2

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom zgodnie z obowiązującymi regulaminami:

- nieodpłatne kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, doszkalające oraz szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje),
- bezpłatny udział w spotkaniach informacyjno - edukacyjnych,
- bezpłatny udział w konferencjach organizowanych przez Izbę,
- refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego,
- pomoc finansową w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych takich jak: choroba, śmierć małżonka lub dziecka, kradzież, pożar, powódź itp.,
- pomoc finansową na rehabilitację medyczną,
- pomoc finansową w związku z urodzeniem (przysposobieniem) dziecka,
- podarunek emerytalny w związku z przejściem na emeryturę lub rentę.

3

Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom również:

- bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK LIBRA,
- bezpłatny dostęp do serwisu informacji prawnej LEX,
- możliwość skorzystania z karnetów sportowo-rekreacyjnych FitProfit oraz FitSport.,
- korzystanie z bardzo bogatego księgozbioru Izby,
- korzystanie z bezpłatnej pomocy prawnej w związku z wykonywaniem zawodu,
- cykliczne spotkania dla emerytowanych pielęgniarek i położnych,
- comiesięczny dostęp do biuletynu informacyjnego „W Cieniu Czepka”,
- korzystanie z aktualnej strony internetowej Izby: www.doipip.wroc.pl oraz newsletteru,
- pomoc w zakresie korzystania z SMK oraz wszelkie doradztwo w zakresie wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej,
- dla absolwentów ułatwienia dotyczące korzystania z refundacji kosztów kształcenia i nieodpłatnych form kształcenia podyplomowego form kształcenia podyplomowego (informacje dostępne na: www.doipip.wroc.pl w zakładce pomoc finansowa).



W NUMERZE:

4 Stanowisko nr 12
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 22 października 2025 r.

4 Stanowisko nr 13
Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 22 października 2025 r.

5 Stanowisko
Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
z dnia 17 listopada 2025 roku

7 Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 25 listopada 2025 r.

8 Kwalifikacja wojskowa 2026 r.
- obowiązki pielęgniarek i położnych

9 Tradycja dyplomatorium
w Polskiej szkole.

12 Tradycja, duma i przyszłość zawodu
- uczestniczyliśmy w wyjątkowym wydarzeniu!

14 Astma oskrzelowa
- nowe metody leczenia część I

17 Rola położnej
w zaspokajaniu potrzeb kobiet po zabiegach na oddziale ginekologii onkologicznej – obserwacje i wnioski z badań własnych

20 Relacja z Konferencji
„Medycyna i Dziecko”

21 Konferencja
CHOROBY ZAKAŻNE I ZAKAŻENIA SZPITALNE – STAN WIEDZY I PERSPEKTYWY ROZWOJU

23 Helena Kaczor – pielęgniarka,
nauczycielka, działaczka Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

26 Pielęgniarka jako ekspert
od Zdrowego Talerza

28 Zaczepki etyczny

29 Ogłoszenia

31 Pamięć i serce...

STANOWISKO NR 12

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 22 PAŹDZIERNIKA 2025 R. W SPRAWIE NIEPOWOŁANIA PRZEDSTAWICIELA NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH DO KRAJOWEJ RADY AKREDYTACYJNEJ SZKÓL PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH NA LATA 2025-2029

Sekretarz NRPiP Kamilla Gólcz
Prezes NRPiP Mariola Łodzińska

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec niepowołania przedstawiciela Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do składu Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych (KRASzPiP) na kadencję 2025-2029, pomimo zapisów ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z późn. zm.)

Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy, do zadań samorządu pielęgniarek i położnych należy między innymi sprawowanie pieczy nad należytym wykonywaniem zawodu oraz współdziałanie w zakresie kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych. Ustawodawca zapewnił samorządowi zawodowemu możliwość współ-

uczestnictwa w tworzeniu i realizacji polityki kształcenia przez co należy rozumieć udział jego przedstawicieli w organach opiniodawczo-doradczych i akredytacyjnych.

Pominięcie przedstawiciela Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w składzie KRASzPiP jest działaniem sprzecznym z duchem partnerstwa instytucjonalnego w systemie ochrony zdrowia. Ogranicza to realny wpływ samorządu zawodowego na jakość kształcenia przyszłych pielęgniarek i położnych, a w konsekwencji - na bezpieczeństwo pacjentów i standardy wykonywania zawodu.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych jest reprezentatywnym organem

samorządu zawodowego, zraszającym wszystkie pielęgniarki i położne w Polsce. Włączenie jej przedstawiciela w prace KRASzPiP stanowi gwarancję uwzględnienia perspektywy praktyków i środowiska zawodowego w procesach akredytacyjnych, które mają kluczowe znaczenie dla jakości kształcenia zawodowego.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych apeluje do Ministra Zdrowia o niezwłoczne podjęcie działań zmierzających do powołania przedstawiciela Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych do składu Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych na lata 2025-2029, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i zasadami współpracy instytucjonalnej.

STANOWISKO NR 13

PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 22 PAŹDZIERNIKA 2025 R. W SPRAWIE SPRZECIWU WPROWADZENIA OPIEKUNA MEDYCZNEGO DO SZKÓL JAKO CZŁONKA ZESPOŁU REALIZUJĄCEGO ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ŚRODOWISKU NAUCZANIA I WYCHOWANIA W PROJEKCIE USTAWY Z DNIA 22 WRZEŚNIA 2025 R. O ZMIANIE USTAWY O OPIECE ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI ORAZ NIEKTÓRYCH INNYCH USTAW (UD 148)

Sekretarz NRPiP Kamilla Gólcz
Prezes NRPiP Mariola Łodzińska

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, po analizie projektu ustawy o zmianie ustawy o *opiece zdrowotnej nad uczniami oraz niektórych innych ustaw* (UD 148), stanowczo sprzeciwia się wprowadzeniu opiekuna medycznego do szkół jako członka zespołu realizującego świadczenia zdrowotne w środowisku nauczania i wychowania.

Uzasadnienie

1. Niezgodność z istotą zawodu opiekuna medycznego.

Zawód opiekuna medycznego został zdefiniowany jako wykonywanie czynności opie-

kuńczych i pielęgnacyjnych wobec osób chorych i niesamodzielných, pod nadzorem pielęgniarki lub położnej lub lekarza. Wprowadzenie opiekuna medycznego do szkół - gdzie konieczna jest ocena stanu zdrowia, planowanie i podejmowanie decyzji zdrowotnych wobec dzieci, jest sprzeczne z zakresem kwalifikacji i odpowiedzialności tego zawodu.

2. Brak samodzielności zawodowej i ryzyko obniżenia jakości opieki.

Opiekun medyczny nie ma uprawnień do samodzielnego podejmowania decyzji klinicznych ani prowadzenia działań profi-

laktycznych, bowiem wymagają one kompetencji pielęgniarskich. Jego obecność w środowisku szkolnym prowadzi do rozmycia granic kompetencji, co zagraża bezpieczeństwu zdrowotnemu uczniów.

3. Nieuzasadnione finansowanie i niegospodarność środków publicznych.

Projekt ustawy przewiduje dodatkowe finansowanie kursu kwalifikacyjnego dla opiekunów medycznych oraz tworzenie nowych etatów w szkołach, tymczasem dane i prognozy demograficzne jednoznacznie wskazują na gwałtowny spadek liczby dzieci w wieku szkolnym:

- z danych MEN wynika, że w roku szkolnym 2025/2026 liczba uczniów klas I szkół podstawowych jest prognozowana na ok. 396,6 tys. - o ponad 30 tys. mniej niż w roku szkolnym 2024/2025,
- z prognozy ludności przeprowadzonej przez Główny Urząd Statystyczny wynika dalszy spadek populacji dzieci i młodzieży, w roku 2029 będzie o około 25% mniej pierwszoklasistów niż w roku 2024.

W sytuacji, gdy w Polsce około 4% szkół spełnia warunek liczebności uczniów na 1 etat pielęgniarki szkolnej, tworzenie wielu nowych stanowisk w szkołach stanowi marnotrawstwo środków publicznych i nie znajduje uzasadnienia.

4. Podwójne finansowanie zadań opiekuńczych w szkołach specjalnych.

Szkoły przyjmujące uczniów z niepełną sprawnością już dziś otrzymują zwiększoną subwencję oświatową i mają możliwość zatrudniania asystentów i opiekunów. Wprowadzenie kolejnego stanowiska - opiekuna medycznego - stanowiłoby dublowanie funkcji opiekuńczej i zwiększenie kosztów bez realnej wartości dodanej.

5. Brak przygotowania zawodowego do pracy w środowisku nauczania i wychowania.

Opiekunowie medyczni nie są przeszkoleni do pracy z dziećmi i młodzieżą, nie posiadają przygotowania w zakresie profilaktyki wieku rozwojowego, edukacji zdrowotnej, ani doświadczenia w szkolnych systemach

opieki zdrowotnej. Wprowadzenie ich do szkół jest organizacyjnie i merytorycznie nieuzasadnione.

6. Nowe wyzwania systemowe - informatyzacja opieki zdrowotnej nad uczniami.

Od 2027 r. wszystkie podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych będą zobowiązane do prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM). Zamiast tworzenia nowych stanowisk, priorytetem powinno być wsparcie informatyzacji gabinetów szkolnych, integracja z systemem e-zdrowia oraz rozwój kompetencji pielęgniarek szkolnych.

7. Uzupelnienie braków kadrowych.

W przypadku potrzeby uzupełnienia braków kadrowych do profilaktycznej opieki nad uczniami, powinno się to odbywać poprzez zatrudnianie pielęgniarek z tytułem licencjata lub prawem wykonywania zawodu pielęgniarki, posiadających przygotowanie zawodowe i samodzielność kliniczną. Jednocześnie wskazuje się, że projekt ustawy przewiduje skierowanie do szkół innego zawodu samodzielnego - położnej, co potwierdza, że w szkołach świadczeń medycznych powinny udzielać zawody autonomiczne i regulowane zawodowo - pielęgniarki i położne.

8. Kierunek właściwego wykorzystania potencjału opiekunów medycznych.

W związku z dynamicznie rosnącą liczbą osób starszych i niesamodzielnych w społeczeństwie, potencjał opiekunów medycz-

nych powinien być kierowany zgodnie z ich przygotowaniem zawodowym do realizacji świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych w placówkach stacjonarnych.

9. Ryzyko społecznego sprzeciwu.

Wprowadzenie do szkół opiekuna medycznego zawodu, którego uregulowania prawne są niewystarczająco doprecyzowane może spowodować nieufność rodziców i spadek zaufania do profilaktycznej opieki zdrowotnej w szkole.

W związku z powyższym Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych:

- wnosi o usunięcie z projektu ustawy zapisów dotyczących możliwości zatrudniania opiekunów medycznych w szkołach,
- postuluje o skierowanie dodatkowych środków finansowych na zabezpieczenie realizacji świadczeń pielęgniarki szkolnej, zwiększenie etatów oraz informatyzację dokumentacji medycznej,
- wskazuje, iż samodzielność zawodowa oraz kompetencje pielęgniarek i położnych gwarantują właściwą realizację profilaktycznej opieki zdrowotnej w każdej szkole,
- podkreśla konieczność zachowania czytelnych granic kompetencji zawodowych, racjonalnego gospodarowania środkami publicznymi oraz zapewnienia wysokich standardów bezpieczeństwa zdrowotnego uczniów.

STANOWISKO

OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 17 LISTOPADA 2025 ROKU DO PROPOZYCJI ZMIAN W USTAWIE Z DNIA 8 CZERWCA 2017 R. O SPOSOBIE USTALANIA NAJNIŻSZEGO WYNAGRODZENIA ZASADNICZEGO NIEKTÓRYCH PRACOWNIKÓW ZATRUDNIONYCH W PODMIOTACH LECZNICZYCH (T.J. DZ.U. Z 2022 POZ. 2139)

Przewodnicząca Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych Krystyna Ptok

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych stanowczo odrzuca przedstawione przez Ministerstwo Zdrowia propozycje zmian do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Są one skrajnie niekorzystne dla osób obecnie zatrudnionych na umowę o pracę w podmiotach leczniczych oraz dla tych, które mogłyby podjąć pracę w placówkach publicznej ochrony zdrowia w przyszłości. Podkreślamy, że wdrożenie

tych propozycji pogłębi kryzys kadrowy w publicznej ochronie zdrowia oraz zminimalizuje do zera nadwątlone już zaufanie do decydentów. To także kolejny element obniżania jakości w systemie ochrony zdrowia i w konsekwencji narażenia pacjentów na zagrożenie zdrowia i życia.

UZASADNIENIE:

Przedstawione propozycje są uderzeniem w pracowników i nie stanowią rozwiązania żadnych problemów. **Są krótkotrwałą kroplówką dla chorego systemu.**

Ich skutkiem w obecnych warunkach inflacji jest realne obniżenie wynagrodzeń. Deprecjonuje się w ten sposób rangę zawodów medycznych. **Szczególnie niebezpieczne jest to w obliczu kryzysu kadrowego w przypadku pielęgniarek, bo zniechęca młodych do podejmowania pracy** w tym zawodzie. Aktualnie w najliczniejszej grupie 6 (ok. 66 proc. ogółu zatrudnionych pielęgniarek i położnych) wynagrodzenie jest niższe niż średnia krajowa i wynosi **7 690,82 zł brutto.**

Według raportu Organisation for Eco-

nomic Co-operation and Development (OECD) dotyczącego Polski, liczba pielęgniarek w Polsce wynosi około 5,7 pielęgniarki na 1000 mieszkańców, podczas gdy średnia unijna w tym samym zestawieniu wynosi około 8,5 na 1000. W analizie dotyczącej Polski stwierdzono, że struktura wieku pielęgniarek jest bardzo niekorzystna (znaczący odsetek to osoby w wieku 50–59 lat), co oznacza, że w niedługim czasie będzie dochodzić do masowych odejść z zawodu lub przejść na emeryturę. W jednym z materiałów podano, że aż 72% szpitali w Polsce odczuwa niedobór pielęgniarek. Przyczynami niedoborów są m.in.: **ograniczona liczba absolwentów wchodzących faktycznie do zawodu (np. w 2019 r. tylko ok. 20 % absolwentów kierunków pielęgniarskich rozpoczęło pracę jako pielęgniarka w Polsce)**. Z badań wynika, że w warunkach niedoboru personelu wydajność i jakość opieki są zagrożone, m.in. czas poświęcany bezpośredniej opiece pacjenta w Polsce został oceniony jako niski. Ten stan oznacza, że system opieki zdrowotnej w Polsce (a szczególnie w części pielęgniarskiej) działa na granicy wydolności i każda dalsza demotywnacja pracowników (np. poprzez zamrożenie wynagrodzeń, pogorszenie warunków pracy) stwarza realne ryzyko pogłębienia kryzysu.

Od lat to właśnie pielęgniarki i położne są grupą zawodową, na której oszczędza się niezgodnie z prawem. Nieprzestrzeganie norm zatrudnienia, pojedyncze dyżury, nieuznawanie kwalifikacji zawodowych to codzienne praktyki w wielu podmiotach leczniczych. Normy zatrudnienia pozostają fikcją a właściwe instytucje takie jak Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, organy właścicielskie nie są zainteresowane rozwiązaniem tego problemu i przypatrują się narastającym patologiom, za które ostateczną cenę ponosi pacjent. **W warunkach niedoborów wiele szpitali i oddziałów zmuszonych jest do organizacji pracy w sposób, który w innych warunkach uznany byłby za nieakceptowalny.** Analiza sytuacji w Polsce wskazuje na nierównowagę w czasie pracy pielęgniarki (bezpośrednia opieka pacjenta vs inne zadania). W niektórych badaniach tylko około 25-30% czasu zmiany pielęgniarskiej było poświęcone bezpośredniej opiece nad pacjentem, reszta to czynności pośrednie lub administracyjne! Brak adekwatnych norm zatrudnienia prowadzi także do zwiększonego obciążenia psychofizycznego pracowników i zwiększa ryzyko błędów, obniżenia jakości opieki, wypalenia zawodowego. **Proponowane zmiany pogłębiają poczucie, że to pracownik jest karany za systemowe patologie i błędy organizacyjne.**

Niedobory kadrowe zagrażają bezpieczeństwu zdrowotnemu pacjentów. To nie jest mit, to nie jest fikcja. To fakty. Polska znajduje się na końcu listy krajów UE

pod względem liczby pielęgniarek na 1000 mieszkańców oraz jedną z niższych poziomów jakości w ochronie zdrowia. Pogorszenie warunków pracy, m.in. przez zamrożenie czy wprost zmniejszenie płac prowadzi do odpływu personelu medycznego i dalszej degradacji systemu. W kraju, który staje się jednym z najstarszych populacyjnie w Europie, niezrozumiałym jest ograniczanie wynagrodzeń medyków jako zawodów deficytowych. Powodem braku pieniędzy w systemie ochrony zdrowia są m.in. nieefektywności systemowe i patologie. To one powinny być rozwiązane w pierwszej kolejności. Przedstawione propozycje to próba zastosowania najprostszych rozwiązań, czyli sięgania do kieszeni pracowników, którzy stanowią najstarsze ogniwo w ocenie decydentów.

Zawód pielęgniarki i położnej wiąże się z dużą odpowiedzialnością: bez ich pracy system nie funkcjonuje (opieka, rehabilitacja, prewencja, edukacja pacjenta). Zamrażanie lub zaniżanie wynagrodzeń obniża prestiż zawodu, buduje świadomość niedoceniania odpowiedzialności. Negatywnie to wpływa na rekrutację i zatrzymanie pracowników. W sytuacji rosnącej liczby pacjentów w wieku podeszłym, przewlekłe chorych oraz potrzeby opieki długoterminowej, jakość i dostępność opieki stoją pod znakiem zapytania. To generuje nie tylko negatywne skutki zdrowotne, ale także znacznie szersze o znaczeniu społecznym, wizerunkowym i ekonomicznym.

Postulujemy w pierwszej kolejności zmiany, które ograniczą patologie systemowe.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych żąda natychmiastowych działań w zakresie:

- Retaryfikacji świadczeń — tak, aby odzwierciedlały rzeczywiste ich koszty i umożliwiły oddłużanie podmiotów leczniczych.
- Pełnej wypłaty za wykonane świadczenia.
- Powrotu do finansowania wynagrodzeń „na PESEL” i zapewnienia, że środki przeznaczone ustawowo na wynagrodzenia będą w całości kierowane bezpośrednio do pracowników, a nie wykorzystywane przez zarządzających na inne cele. Przywrócenie finansowania wynagrodzeń „na PESEL” oraz wycofanie mechanizmów, które przesunęły ciężar wynagrodzeń na szpitale, jest konieczne, by zabezpieczyć stabilność zatrudnienia i odpowiednie wynagrodzenia pracowników.
- Oddzielenia kontraktowania świadczeń w sektorze publicznym i prywatnym. Celem jest ograniczenie sytuacji, w której prywatne podmioty realizują tylko zyskowe procedury, a publiczne szpitale ponoszą pełną odpowiedzial-

ność za najcięższych pacjentów.

- Odwrócenia niekorzystnych zmian ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, które doprowadziły do wytransferowania tylko w 2023 roku ponad 15 mld zł poza NFZ i Fundusz Medyczny. Te środki były i są niezbędne w celu finansowania wynagrodzeń i zagwarantowanie dostępności świadczeń.
- Zwiększenia składki zdrowotnej, obecnie jednej z najniższych w UE, a w przypadku braku takiej decyzji, dokonanie przeglądu grup zwolnionych z opłacania składki. Priorytet powinny mieć decyzje merytoryczne, a nie kalkulacje polityczne.

W raporcie „Poland: Country Health Profile 2023” stwierdzono, że wydatki publiczne na ochronę zdrowia w Polsce są relatywnie niskie w porównaniu do innych krajów UE, co ogranicza możliwości systemu. W jednym z opracowań stwierdzono, że budżet Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) może w przyszłości wymagać nawet „ćwierć biliona” złotych (PLN) wsparcia budżetu państwa z uwagi na rosnące deficyty i niewystarczające finansowanie systemu. Zatem, gdy system finansowania jest napięty, próba cięcia kosztów poprzez zamrożenie wynagrodzeń pracowników (a nie poprzez systemowe zmiany organizacyjno-finansowe) jest działaniem w krótkiej perspektywie nieuzasadnionym, bo może przynieść większe koszty długofalowe (odpływ personelu, wzrost ryzyka dla pacjentów, konieczność podnoszenia kosztów w przyszłości).

Działania oszczędnościowe nie powinny być kierowane w stronę wynagrodzeń pracowników. To pracownicy, zwłaszcza pielęgniarki i położne, utrzymują codzienną działalność systemu – ich demotywnacja oznacza pogorszenie dostępności i jakości świadczeń.

Konieczny jest przegląd systemu dystrybucji środków pomiędzy podmioty lecznicze. Zastanawiający jest fakt, dłaczego niektóre podmioty borykają się z olbrzymią dziurą w budżecie, a inne w tym czasie generują miliony zyski.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych oświadcza:

- **Nie ma zgody na oszczędzanie w ochronie zdrowia kosztem pracowników.**
- **Nie ma zgody na pogłębienie kryzysu kadrowego w ochronie zdrowia.**
- **Nie ma zgody na przerzucanie winy za zapaść systemu na osoby, które go utrzymują.**
- **Żądamy wycofania się Ministerstwa Zdrowia z proponowanych zmian i rozpoczęcie prac nad rozwiązaniami, które realnie poprawią sytuację**

- pacjentów i personelu.
- System ochrony zdrowia nie istnieje bez pielęgniarek i położnych.
- Nie ma zgody na obniżanie jakości i bezpieczeństwa pacjentów, za co odpowiedzialność próbuje przerzucić się na pielęgniarki i położne.
- Stanowczo oczekujemy zrealizowania postulatów zawartych w projekcie obywatelskim Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej (KIU) ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustala-

nia najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

W obliczu przedstawionych danych i analiz stanowisko Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych jest nie tylko uzasadnione, ale postulaty w nim zawarte są konieczne do realizacji. Nie chodzi tu o żądania płacowe, chodzi o zachowanie funkcjonowania całego

systemu publicznej ochrony zdrowia, zachowanie bezpieczeństwa pacjentów, a także godnych warunków pracy i życia dla personelu pielęgniarskiego i położniczego teraz i w przyszłości. Przyjęcie proponowanych przez Ministerstwo Zdrowia zmian bez uwzględnienia powyższych aspektów prowadziłoby do dalszego pogorszenia stanu kadrowego, jakości usług medycznych i zaufania społecznego do systemu ochrony zdrowia.

STANOWISKO PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 25 LISTOPADA 2025 R.

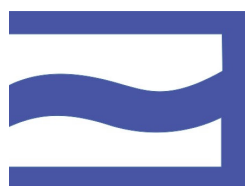
W ODPOWIEDZI NA APEL NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ DOTYCZĄCY MOŻLIWOŚCI ZATRUDNIANIA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH

Sekretarz NRPiP Kamilla Gólcz
Prezes NRPiP Mariola Łodzińska

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych ze zdumieniem zapoznano się z apelem Naczelnej Rady Lekarskiej dotyczącym propozycji legislacyjnych i organizacyjnych służących włączeniu ratowników medycznych do pracy w oddziałach szpitalnych.

Doceniając intencję poszukiwania rozwiązań w obliczu narastających trudności kadrowych, podkreślamy istotę zachowania standardów bezpieczeństwa pacjentów oraz poszanowania, jasno zdefiniowanych odmiennych kompetencji zawodowych ratowników medycznych, pielęgniarek i położnych. Ponadto wskazujemy na konieczność właściwej komunikacji w ramach współpracy między naszymi samorządami zawodowymi.

Pielęgniarki i położne, odpowiedzialne są za kompleksowe planowanie, realizowanie i ocenę procesu pielęgnowania, sprawowanie stałego nadzoru nad pacjentem hospitalizowanym oraz wykonywanie świadczeń zdrowotnych wymagających zarówno wiedzy klinicznej, jak i ciągłej obecności przy pacjencie. Stanowią podstawowy filar opieki w oddziałach szpitalnych, gdzie zakres ich obowiązków jest nierozdzielnie związany ze specyfiką pracy szpitalnej, procesem terapeutycznym i potrzebami



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

pacjentów wymagających specjalistycznej opieki.

Równocześnie podkreślamy, że ratownicy medyczni stanowią niezwykle ważną grupę zawodową, odgrywając kluczową rolę w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Ich kompetencje są ściśle ukierunkowane na działania w stanach nagłych, interwencjach przedszpitalnych, medycznych czynności ratunkowych. Właśnie w tych obszarach ich wiedza, umiejętności i doświadczenie są najbardziej efektywnie wykorzystywane i stanowią niezbędny element funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego.

Standardy kształcenia pielęgniarek i położnych oraz ratowników medycznych są zasadniczo odmienne, gdyż przygotowują do wykonywania zupełnie różnych ról zawodowych. Kompetencje ratowników medycznych nie obejmują czynności koniecznych do prowadzenia pełnego procesu pielęgnowania i udzielania świadczeń

zdrowotnych w oddziałach szpitalnych.

Prezydium NRPiP stoi na stanowisku, że kluczowym celem wszelkich działań systemowych powinno być zapewnienie warunków pracy sprzyjających zwiększeniu zatrudnienia kadry pielęgniarskiej i położniczej w tym przestrzegania norm zatrudnienia oraz tworzenie rozwiązań, które nie pogłębiają fragmentaryzacji odpowiedzialności za pacjenta.

Każdy zawód medyczny ma swoje odrębne kompetencje i zadania zawodowe, które właściwie należy wykorzystać a nie mogą być stosowane zamiennie lub być zastępowalne.

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wyraża sprzeciw wobec pozornych działań celem uzupełnienia i wspomaganie kadry zawodowej pielęgniarek i położnych innymi zawodami o różnych kompetencjach nie przestrzegając minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

KWALIFIKACJA WOJSKOWA 2026 R. - OBOWIĄZKI PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Radca Prawny DOIPiP we Wrocławiu Marcin Dziki

W dniach od 2 lutego do 30 kwietnia 2026 r. Ministerstwo Obrony Narodowej zaplanowało przeprowadzenie kwalifikacji wojskowej 2026. Przewiduje się, iż łącznie obejmie ona ok. 235 tys. osób.

Co w praktyce oznacza to lub może oznaczać dla pielęgniarek i położnych?

Po pierwsze, wezwane będą m. in. kobiety z wykształceniem medycznym, zwłaszcza pielęgniarki, położne, ratowniczkarki medyczne, psycholożki, lekarki.

Po drugie, celem kwalifikacji jest aktualizacja ewidencji wojskowej, ocena stanu zdrowia oraz potwierdzenie zdolności do ewentualnej służby. KWALIFIKACJA TO NIE MOBILIZACJA. NIE OZNACZA ONA POWOŁANIA DO SŁUŻBY WOJSKOWEJ.

Po trzecie, stawienie się na kwalifikacji wojskowej jest OBOWIĄZKOWE. Zignorowanie tego obowiązku może skutkować nałożeniem grzywny w wysokości do 5 tys. zł lub przymusowym doprowadzeniem.

Po czwarte, kwalifikacja obejmowała będzie m. in. rozmowę z psychologiem i badanie lekarskie, przydzielenie kategorii zdolności (od A do E); zakończy się wydaniem zaświadczenia o stawiennictwie (dokument potwierdzający uregulowanie stosunku do służby wojskowej).

Podsumowując, w przypadku otrzymania wezwania na kwalifikację wojskową 2026 potraktujmy to poważnie i z całą odpowiedzialnością. W przypadku gdy nie będziemy mogli stawić się na wyznaczony termin, skontaktujmy się z komisją celem wyjaśnienia tej kwestii, ew. uzgodnienia nowego terminu.

Pamiętajmy, że jako pielęgniarki i położne wykonujemy zawód zaufania publicznego. Nasze umiejętności i doświadczenie mają szczególne znaczenie w czasie zagrożenia wystąpienia stanów nadzwyczajnych. Wspierajmy naszą Ojczyznę.

Kwalifikacja wojskowa przeprowadzana jest na podstawie ustawy z 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz.U. 2022, poz. 655) oraz rozporządzeń wydawanych przez Ministra Obrony Narodowej. MON opublikował rozporządzenie z dnia 27 sierpnia 2025 r. w sprawie przeprowadzenia kwalifikacji wojskowej w 2026 r. (Dz.U. 2025 poz. 1204). Dokument określa zarówno termin jej przeprowadzenia, jak i roczniki oraz grupy osób zobowiązanych do stawienia się przed komisją wojskową w nadchodzącym roku.



Kwalifikacja wojskowa 2026 r. - obowiązki pielęgniarek i położnych.

W dniach od 2 lutego do 30 kwietnia 2026 r. Ministerstwo Obrony Narodowej zaplanowało przeprowadzenie kwalifikacji wojskowej 2026.

Przewiduje się, iż łącznie obejmie ona ok. 235 tys. osób.

Co w praktyce oznacza to lub może oznaczać dla pielęgniarek i położnych ?

Przeczytasz w artykule.



www.doipip.wroc.pl

TRADYCJA DYPLOMATORIUM W POLSKIEJ SZKOLE.

Dr n. o zdr. Jolanta Kolasińska,
Mgr Anna Szafran,
Komisja Historyczna DOIPiP we Wrocławiu

W Polskich szkołach pielęgniarskich, kładziono zawsze duży nacisk na kształtowanie właściwej sylwetki zawodowej przyszłej pielęgniarki. Kształtowano osobowość i oczekiwane cechy charakteru. Budowano i utrwalano tożsamość zawodową, bez której nie ma rozwoju zawodu, który gwarantowałby społeczeństwu stałą dbałość o jakość udzielanych mu świadczeń. Bogata była symbolika towarzysząca procesowi kształcenia. Tożsamości zawodowej sprzyjał towarzyszący procesowi kształcenia od pierwszych lat funkcjonowania szkół pielęgniarskich w Polsce specyficzny ceremoniał. Uroczystości zawodowe nawiązywały do pięknych tradycji inicjacji w pielęgniarstwie polskim oraz europejskim i charakteryzowały się dużym ładunkiem emocjonalnym. Ważnym elementem w kształtowaniu poczucia integracji ze środowiskiem zawodowym był czepiek i mundur.

Uroczystość tak zwanego czepkowania organizowana była w szkołach w odświętnym ceremoniale i oznaczała osiągnięcie kolejnego stopnia wtajemniczenia w wiedzę zawodową. Ostatnie w cyklu kształcenia czepkowanie to dyplomatorium, kończyło ono przygotowania do zawodu. Poprzedzało wejście do zawodu. Czepiek pielęgniarski był nakładany na głowę słuchaczki.

Rodowód stroju zawodowego, którego elementem był czepiek pielęgniarski sięga XVII w. W 1633 r. powstało w Paryżu Zgromadzenie Sióstr Miłosierdzia (z inicjatywy Wincentego á Paulo), którego członkinie nosiły długą suknię szarego koloru o szerokich rękawach i białą chustę na głowie¹. Rozwój pielęgniarstwa jako zawodu w XIX i XX wieku warunkował powstanie przepisów, w których podnoszono zagadnienie umundurowania pielęgniarek.

Również w Polsce odnoszono się do umundurowania. Pierwsza w Polsce Ustawa o Pielęgniarstwie wydana 21 lutego 1935 roku odnosi się do kwestii umundurowania². W niej ustanowione zostało, że noszenie przez osoby nie uprawnione munduru i oznak jest zabronione.

W dostępnej literaturze brak jest pełnej informacji o historii munduru w polskim szkolnictwie. Na archiwalnych zdjęciach,



umundurowanie uczennic i absolwentek szkół zmienia się w miarę upływu lat. Zmieniał się również kształt czepka. Widać również różnice pomiędzy umundurowaniem obowiązującym w okresie międzywojennym w szkole w Krakowie czy Warszawie. Również po II wojnie światowej występowały różnice w umundurowaniu uczennic poszczególnych szkół we Wrocławiu i w innych miastach. Pierwsze szkoły pielęgniarskie w Polsce miały stroje zróżnicowane w kolorach. Były one szyte z materiałów amerykańskich. Wzory strojów przyjęto od amerykańskich pielęgniarek, które w latach 1921-1928 były pierwszymi dyrektorkami szkół.

Kształt czepka również uległ zmianom. W latach 20 czepki w szkole Krakowskiej był okrągłe, pokrywające włosy, szyte z batysty. Głowę czepka marszczono i wszywano do patek z tyłu. A w szkole PCK w Warszawie zapinano na guziki. Poznańska i Warszawska Szkoła pielęgniarstwa wprowadziła czepki tzw. motylki okalające wy-

łogiem całą głowę. Uczennice żydowskiej szkoły nosiły podobne czepki, różniące się tylko bardzo wysokim wyłogiem z przodu.

Czarny pasek-aksamitka na czepku ma również swoją historię. W XVI wieku prawo noszenia aksamitnych kapturów we Francji, miały tylko kobiety pochodzące ze szlacheckich rodów. Przywilej noszenia aksamitnego kaptura nadała swojej połoźnej Loysy Bourgeois-Boursier, w uznaniu jej niezwykłych zdolności i zręczności, Królowa Francji Maria Medycejska³. Aksamitny kaptur, a raczej zwyczaj wyróżniania osoby wyjątkowej- pielęgniarki, połoźnej - stał się prawdopodobnie pierwowzorem, aksamitki noszonej na czepku.

Pierwsze czepkowanie wg, relacji nestorki Polskiego pielęgniarstwa Jadwigi Łżyckiej wprowadziła szkoła Warszawska wzorując się na zwyczajach amerykańskich. Uczennicom zakładano na czepiek jeden wąski pasek na pół roku przed ukończeniem szkoły⁴.

Czepkowanie było jedną z niezwykle

¹ Maksymowicz A.: „Zagadnienia zawodowe pielęgniarek na tle historycznym”,

² Dz. U. R.P. nr 27, poz.190. Usyawa z dnia 21 lutego 1935r. o pielęgniarstwie.

³ Lipińska M.: „W 400 letnią rocznicę urodzin Loysy Bourgeois-Boursier”, Pielęgniarka i Położna. Nr 9 1963r.

⁴ Wróblewski Z.: „Płomień Nadziei”, MON, 1980 r.

ważnych uroczystości zawodowych organizowanych w szkołach funkcjonujących po II wojnie, w których starano się kultywować tradycję. Było to zakończenie pierwszego etapu przygotowania do pełnienia roli zawodowej, forma pierwszego „wtajemniczenia” zawodowego. Uczennice adaptowały się do warunków szkoły, zdobywały podstawową wiedzę o zawodzie. A po uroczystości czepkowania nabywały prawo noszenia białego czepka, bez paska. Uzupełniał on umundurowanie noszone przez uczennice liceum i słuchaczki studium w pracowniach pielęgniarskich i na zajęciach praktycznej nauki zawodu. Czepek był powszechnie znanym elementem umundurowania pielęgniarki. Wyraźnie podkreślał przynależność do grupy zawodowej. Jeszcze dziś mimo, że od lat 80 pielęgniarki nie noszą już czepka, wielu pacjentów i członków ich rodzin rozpoznaje ten symbol zawodu pielęgniarskiego i reaguje z sympatią na osoby noszące go. Termin uroczystości czepkowania jaki i kolejnych paskowań uwarunkowany był planem nauczania. Zgodnie z nie datowanym pismem Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej w sprawie noszenia strojów w Liceum Medycznym Pielęgniarstwa⁵ uczennice zobowiązane były do noszenia następujących ubiorów (przełom lat 40/50):

1. w klasach I- granatowych fartuchów.
2. w klasach II- w czasie wykładów teoretycznych mundurów z płótna harcerskiego. W czasie ćwiczeń na sali demonstracyjnej oprócz mundurów białych fartuchów i białych chusteczki na głowę.
3. w klasach II - umundurowanie jak w klasie II, z tą różnicą że w sali ćwiczeń zamiast chustek noszą białe czepki- od półrocza z chwilą zaliczenia odpowiednich egzaminów i ćwiczeń, przed rozpoczęciem szkolenia praktycznego na oddziałach szpitalnych odbywa się uroczystość paskowania i uczennice otrzymują jeden czarny pasek 1cm, umieszczony na czepku z prawej strony w poprzek wyłog.
4. w klasach IV- umundurowanie jak w klasie III, z tą różnicą, że na czepku umieszczone są dwa czarne paski szerokości 1 cm z prawej strony w poprzek wyłog.
5. w klasie V – umundurowanie jak w klasie IV, z tą różnicą, że na czepku umieszczone są trzy pionowe paski z prawej strony w poprzek wyłog.

Po złożeniu egzaminu końcowego i uzyskaniu świadectwa absolwentki uzyskiwały prawo do noszenia oznak zgodnie z pismem ókólnym Ministra Zdrowia z dnia 8 lutego 1950 r./Dz. Urz. Min. Zdr. Z 15 lutego 1950 roku, które podaje:

1. 1/ pielęgniarki, które ukończyły szkołę

pielęgniarską lub złożyły państwowy egzamin mogą nosić na czepkach pasek o szerokości 2cm w kolorze czarnym.

2. 2/ położne, które ukończyły szkołę położnych mogą nosić na czepkach pasek szerokości 2 cm w kolorze jasnoczerwonym.

Zgodnie z pismem zabrania się noszenia oznak wyżej podanych przez inny personel.

W latach 70/80 czepkowanie było organizowane w szkołach wcześniej, już pod koniec pierwszego semestru w klasie II. Spowodowane było to zmianą planu kształcenia. Zgodnie z planem kształcenia uczennice 5-letniego liceum już w klasie 2 odbywały 2 tygodniowe, zblokowane, zajęcia praktyczne.

Po utworzeniu systemu 2-letnich policealnych szkół pielęgniarskich- Medyczne Studium Zawodowe, tradycję czepkowania dostosowano do potrzeb tego kształcenia. Uroczystość czepkowania w MSZ, była organizowana, po zaliczeniu przez słuchaczki I semestru . natomiast słuchaczki II roku

w semestrze I otrzymywały 1cm pasek czarny poziomo na wyłogu czepka. Nosiły go do końca egzaminu dyplomowego.

Uroczystości czepkowania i paskowania łączono w szkołach, z ważnymi datami w dziejach narodu i historii pielęgniarstwa polskiego i światowego. Na przykład z dniem pracownika służby zdrowia, dniem pielęgniarki, dniem patrona szkoły, kampanią wrześniową i udziałem w niej pielęgniarek. W uroczystościach często uczestniczyli przedstawiciele: władzy politycznej i administracji państwowej, służby zdrowia, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Samorządu Zawodowego, Ligi Kobiet.

Głównym elementem uroczystości czepkowania był sam akt nałożenia czepka, złożenia ślubowania i odśpiewania hymnu pielęgniarskiego. Często uroczystość podkreślana była mottami, które nierzadko uczennice identyfikowały ze swoim powołaniem. Od inwencji uczniów i nauczyciela wychowawcy- opiekuna zależała treść motta. Przykładowe motta; „Czepek pielęgniarski symbolem tego co dobre, ludzkie, piękne i szlachetne”; „Biały czepek jest symbolem zawodu oraz wyrazem opieki



⁵ Mgr Łukasz K. : „Materiały pomocnicze do organizowania tradycyjnych uroczystości zawodowych w szkołach pielęgniarskich i położniczych”, Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych Warszawa, 1983 rok, str.6.

mocniejszego nad słabszym”; „Dobro człowieka drogowskazem naszego działania”; „Pielęgnowanie jest nauką i sztuką, wiedzą o pielęgnowaniu zdrowia i sztuka kojenia cierpienia człowieka”: „Nic człowiekowi nie wydaje się piękniejsze niż człowiek”⁶. W większości szkół pierwszy czepek, najlepszej uczennicy, wręczał kierownik szkolenia praktycznego, dyrektor szkoły, opiekun roku. Zawsze osoba ta była pielęgniarką. W programach uroczystości zawarte były często ciekawe formy i metody działań wychowawczych; referat okolicznościowy, wykład o tematyce zawodowej, recytacja wspomnień pielęgniarek, fragmentów prozy i poezji. Spotkania z nestorkami zawodu.

Ceremoniał zawodowy wieńczyła uroczystość dyplomatorium, rozdania dyplomów zawodowych, które łączyły się nierozzerwalnie z nałożeniem czepka z szerokim paskiem i ślubowaniem mającym długi dowód.

Pierwsze śluby niesienia pomocy ubogim i chorym oraz wychowywania opuszczonych dzieci składały już w XVII wieku Siostry Miłosierdzia Zgromadzenia (świeckiego) Wincentego á Paulo.

Pierwszą znaną przysięgą było przyrzeczenie z 1893 r. Zostało ono nazwane imieniem Florencji Nightingale:

„Przyrzekam uroczyście przed Bogiem w obecności wszystkich tu zebranych, że w życiu moim będę zawsze postępować nieskazitelnie, a w pracy zawodowej będę zastugiwać na zaufanie. Będę daleka od tego wszystkiego co szkodliwe i zgubne, nigdy sama nie zażyję, ani też nikomu nie podam tego, co mogłoby mu szkodzić. Będę dokładać wszelkich starań, aby przyczynić się do podnoszenia poziomu mojego zawodu, a także będę zachowywać w tajemnicy wszystkie informacje dotyczące spraw osobistych i rodzinnych pacjenta, które zostaną mi powierzone w czasie praktyki zawodowej. Będę lojalnie pomagać lekarzowi w jego pracy oraz pracować z poświęceniem dla dobra tych, którzy powierzeni mojej opiece.”⁷

W Polsce pierwszą przysięgę, w szkołach pielęgniarstwa złożyły podczas uroczystości wręczania dyplomów, absolwentki Szkoły Pielęgniarstwa PCK w Warszawie, w dniu 20 marca 1938 roku. A jej treść brzmiała następująco:

„Przyrzekam i obiecuję być wierną idei Czerwonego Krzyża, przestrzegać nakazów etyki zawodowej, wypełniać swe obowiązki sumiennie, nie uchylać się od pielęgnowania wszelkiego rodzaju chorych i przyczynić się do szerzenia zasad zdrowotności, higieny życia codziennego na terenie mojej pracy.”⁸



Teksty ślubowania ulegały zmianom. Oprócz wartości nadrzędnych, ponad czasowych jakimi zawsze dla pielęgniarki było i jest dobro chorego, w teksie ślubowania, składanego przez uczennice w powojennej, socjalistycznej Polsce, znalazło się przyrzeczenie przestrzegania godności pracownika socjalistycznej służby zdrowia. Nieznana jest data wprowadzenia tej przysięgi. Tekst był zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia, a z opracowań zawierających historię zawodu wynika, że powstał po 1945 roku. Obowiązywał do lat 80 i brzmiał:

„Przyjmuję z głęboką czcią i dumą nadany mi tytuł pielęgniarki i przyrzekam uroczyście, że w ciągu całego życia będę najrzetelniej wypełniać wszelkie obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie. Za najwyższy cel w pracy pielęgniarki uznaję dobro człowieka, dobro chorego. Ślubuję zawsze nieść pomoc człowiekowi choremu, niezależnie od jego przynależności rasowej, narodowości i wyznania. Przyrzekam, że będę strzec godności pracownika socjalistycznej służby zdrowia, oraz przestrzegać zawsze obowiązującej mnie tajemnicy zawodowej. Przyrzekam, że będę zawsze postępować zgodnie z zasadami koleżeńskiego współżycia z otoczeniem, że będę udzielała życzliwej pomocy zawodowej tym wszystkim, z którymi stykać się będę w swojej pracy. Będę śledziła nowe zdobycze medycyny i podnosząc systematycznie swa wiedzę, będę ją wykorzystywać dla dobra zawodu. Ślubuję, że wiedzą i postawą światopoglądową będę służyła sprawie postępu i dobru ogólnoludzkiemu.”⁹

„Sierpień 1980 Roku” był dla Polski początkiem niezależności. Wiele zmian w życiu społeczeństwa polskiego wynika z transformacji ustrojowej jaka była skutkiem tamtego sierpnia. Pielęgniarki wywal-

czyły swoją samodzielność zawodową. Na mocy Ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych¹⁰, utworzony został samorząd zawodowy dla reprezentowania zawodowych, społecznych i gospodarczych interesów tych zawodów. Wiele zmieniło się w pielęgniarstwie. Zmieniło się również wówczas ślubowanie, składane przez uczennice szkół pielęgniar-skich.

Kultywowanie tradycji jest wyrazem szacunku i uznania dla przeszłości bez której nie byłoby dnia dzisiejszego. W ramach uroczystości wręczenia dyplomów zawodowych absolwentka otrzymywała prawo noszenia na czepku poprzecznego, czarnego, szerokiego paska. Warto przypomnieć, że czepek był i jest nadal rozpoznawalnym symbolem zawodowym. Czepek wyróżniał pielęgniarkę, stawała się ona rozpoznawalna wśród pracowników służby zdrowia, opieki medycznej. Czarny kolor pasków na czepkach odróżniał pielęgniarkę na przykład od położnej. Szeroki poprzeczny pasek świadczył o poziomie jej kwalifikacji, oznaczał pełne kwalifikacje. Przygotowywane w krótszych formach do zawodu asystentki pielęgniarские posiadały prawo noszenia na czepku jedynie dwóch pionowych pasków.

W szkołach pielęgniarzkich przywiązywano ogromne znaczenie do kształtowania postaw zawodowych. Postawa zawodowa pielęgniarki z punktu widzenia dzisiejszego odbiorcy usług jest równie ważna jak kiedyś. Tożsamość zawodowa buduje się również przez poszanowanie tradycji. Warto podkreślić, że kontynuując tradycję dyplomatorium w funkcjonujących obecnie uczelniach podkreślamy wyjątkowość zawodu i osoby która chce go wykonywać.

⁶ Z cyklu „W naszej szkole”, Pielęgniarka i Położna, nr 1/78 nr 4/75, nr 7/73, nr 6/78, nr 8/73.

⁷ „Projekt Ustawy o zawodzie pielęgniarki”, Opracował Samodzielny Wydział Pielęgniarstwa, Pielęgniarka i Położna, nr 4/91 str.5.

⁸ mgr Łukasz K.: „materiały pomocnicze do organizowania tradycyjnych uroczystości zawodowych w szkołach pielęgniarzkich i położniczych”, CDNi ŚKM, 1983, str.16.

⁹ „Pożegnanie ze szkołą”, Pielęgniarka i Położna, nr 8/1979.

¹⁰ Dz. U. Nr 41, poz.178, z dnia 14 maja 1991r.: Ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych.

TRADYCJA, DUMA I PRZYSZŁOŚĆ ZAWODU – UCZESTNICZYLIŚMY W WYJĄTKOWYM WYDARZENIU!

Danuta Musioł Sekretarz DORPiP we Wrocławiu

Uroczysta ceremonia dyplomowania na Wydziale Pielęgniarstwa i Położnictwa przeszła do historii. Absolventki i absolwenci pielęgniarstwa, położnictwa i ratownictwa medycznego odebrali swoje dyplomy w obecności rodzin, przyjaciół i wykładowców. Sala wypełniła się dumą, wzruszeniem i radością – to był dzień, który zostanie z nami na długo!

W piątek 07.11.2025 r. Anna Szafran - Przewodnicząca DORPiP oraz Danuta Musioł - Sekretarz DORPiP we Wrocławiu miały zaszczyt uczestniczyć w uroczystej ceremonii dyplomowania absolwentów Wydziału Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Wydarzenie było nie tylko okazją do świętowania sukcesów młodych profesjonalistów, ale także do pielęgnowania jednej z najważniejszych tradycji naszego zawodu – czepkowania. Symbolicznie, po dwie absolwentki kierunku pielęgniarstwo oraz położnictwo otrzymały czepki, które są zna-

kiem gotowości do niesienia pomocy, odpowiedzialności i etosu zawodowego.

Czepkowanie to piękna tradycja, sięgająca początków XX wieku, kiedy pielęgniarstwo zaczęło kształtować się jako samodzielna dziedzina medycyny. Wzorowana na dorobku Florence Nightingale, ceremonia ta symbolizuje przejście z etapu nauki do praktyki zawodowej, a także ślubowanie etyki, troski i odpowiedzialności.

Czepek pielęgniarzki z czarnym paskiem oraz czepek położnej z czerwonym paskiem to nie tylko element galowego stroju – to symbol przynależności do zawodu, który od ponad wieku niesie ze sobą misję troski o drugiego człowieka.

Jesteśmy dumni, że mogliśmy być częścią tej uroczystości i wspierać młode pokolenie pielęgniarek i położnych w ich pierwszych krokach zawodowych. Gratulujemy wszystkim absolwentom i życzymy im wielu sukcesów oraz satysfakcji w pracy!





ASTMA OSKRZELOWA – NOWE METODY LECZENIA CZĘŚĆ I

Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii
mgr Renata Stasiaczyk, Pielęgniarka Oddziałowa, Oddział Chorób Wewnętrznych

Astma oskrzelowa to przewlekła, groźna choroba zapalna drzewa oskrzelowego, utrudniająca oddychanie poprzez pojawiające się napady duszności, kaszlu oraz ucisku w klatce piersiowej. Dotyka ludzi w każdym wieku, niezależnie od rasy i płci. Mimo, iż to schorzenie znane jest człowiekowi już od starożytności, to dopiero w ostatnich dekadach nastąpił przełom w jego leczeniu. Pojawiły się nowe terapie, które dają nadzieję cierpiącym pacjentom na poprawę ich komfortu życia. Niestety pomimo prowadzonych wielu badań w chwili obecnej nie istnieje skuteczne lekarstwo na astmę. Nie da się jej wyleczyć całkowicie, stosowane terapie mają na celu jedynie zmniejszenie liczby ataków astmy oskrzelowej, co pozwala pacjentom normalnie funkcjonować, pracować i cieszyć się życiem.

Z opublikowanego w styczniu 2024r. Raportu „Leczenie astmy ciężkiej w Polsce”, wynika, że w naszym kraju około 4 mln osób zgłasza występowanie duszności przynajmniej raz w roku, a tylko 2,5 mln ma rozpoznane astmę i otrzymuje leczenie. Na całym świecie według danych opublikowanych przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) zmagają się z tym schorzeniem ok 400 mln ludzi. Wiele danych wskazuje, że rzeczywista liczba osób cierpiących na astmę jest znacznie większa.

Dlaczego tak dużo ludzi choruje?

Niestety, nadal nie są znane dokładne przyczyny zachorowania na astmę. Nie ma też obecnie wystarczających dowodów, aby w jednoznaczny sposób określić, co dokładnie wywołuje tę chorobę. Wiele wskazuje, iż jej rozwój zależy od predyspozycji genetycznych oraz czynników środowiskowych. Z tego też powodu choroba ta jest trudna do szybkiego zdiagnozowania, ale też często sami bagatelizujemy jej pierwsze symptomy, takie jak: napadowy suchy kaszel, uporczywy katar, czy uczucie duszności. Mówimy: wiosna, pyłki roślinne - to tylko przecież alergia. Nie mając czasu na wizytę u lekarza, leczymy się sami stosując apteczne specyfiki, łagodzące jedynie objawy.

Nie leczona alergia może przerodzić się w silniejszą alergię, która nieleczona lub niewłaściwie leczona prowadzi do nieodwracalnego uszkodzenia układu oddechowego, którego konsekwencją jest astma oskrzelowa.

Astma oskrzelowa jest chorobą nieuleczalną, charakteryzującą się zwykle przewlekłym zapaleniem dróg oddechowych,



w której uczestniczy wiele komórek i substancji przez nie uwalnianych. Może pojawić się już w okresie wczesnego dzieciństwa.

Jej typowe objawy to świszczący oddech i kaszel, występujący w różnym czasie i o różnym nasileniu, zazwyczaj po zakażeniu wirusowym układu oddechowego. Objawom tym towarzyszy zwykle zmienne ograniczenie przepływu powietrza w płucach, często ustępujące samoistnie lub pod wpływem leczenia. Wieloletnia, nie leczona astma wraz z czasem trwania choroby i ekspozycją na różne czynniki w tym alergeny, palenie papierosów bądź ekspozycję na dym tytoniowy, nadmierny wysiłek fizyczny, silne emocje czy zakażenia układu oddechowego, może doprowadzić do postępujących nieodwracalnych zmian w układzie oddechowym.

Przez długi czas astma była traktowana jako jedno schorzenie, bez rozpoznania różnych fenotypów – i tak też była leczona od dziesiątków lat. Według schematycznej terapii, opartej na lekach przeciwzapalnych (glikokortykosteroidy wziewne), rozszerzających oskrzela.

Wraz z pojawieniem się nowych danych o patogenie astmy, zaczęto inaczej diagnozować to schorzenie. Już nie jako jednolitą chorobę, ale jako zespół obejmujący odrębne jednostki o różnych przyczynach i różnym przebiegu klinicznym. Zauważono, iż większość chorych doświadcza astmę w umiarkowanej postaci, określaną według wytycznych GINA (Global Initiative For Asthma) jako astma łagodna i umiarkowana, o stopniu wymagającym stosowania leczenia odpowiednio w 1-2 stopniu lub

3 stopniu. Pacjenci z rozpoznaniem astmy łagodnej powinni być pod stałą obserwacją i kontrolą z uwagi, iż nawet nieregularne lub rzadkie objawy duszności czy kaszlu niosą ryzyko ciężkich zaostrzeń choroby, a nawet zgonu - na co coraz bardziej zwracają uwagę lekarze i eksperci.

W prowadzonych badaniach dostrzeżono również grupę chorych około 4-5 procent (spośród ok. 2 milionów osób chorujących w Polsce), u których przebieg choroby ma charakter ciężki i wymagane jest stosowanie leczenia 4 lub 5 stopnia według skali GINA. Byli to pacjenci, u których mimo przyjmowania coraz to większych dawek leków, występowały częste zaostrzenia i nasilenie objawów choroby. Wymagało to stosowania coraz większych dawek leków doustnych glikokortykosteroidów, które z jednej strony ratowały życie pacjenta, ale z drugiej niosły zwiększone ryzyko wystąpienia wielu, poważnych oraz niepożądanych działań. Chorzy, którzy cierpią z powodu ciężkiej niekontrolowanej astmy, zmagają się z uporczywymi dziennymi i nocnymi objawami, które znacząco ograniczają ich codzienną aktywność życiową. Również chorzy ci, częściej niż pacjenci z łżejszymi postaciami astmy doświadczają ciężkich zaostrzeń astmy, co często kończy się koniecznością podjęcia radykalnego leczenia i hospitalizacją. Ciężka postać astmy oskrzelowej wiąże się z poważnymi powikłaniami i złym rokowaniem, ryzyko zgonu w tej grupie chorych jest znacznie wyższe niż w innych grupach chorych na astmę.

Obecnie w celu zapewnienia chorym właściwego leczenia najważniejszą kwestią jest umiejętność rozpoznania w grupie osób chorujących na astmę tych pacjentów, którzy zmagają się z ciężką jej postacią oraz dokładne określenie fenotypu tej choroby, tzn. czy jest to astma alergiczna, eozynofilowa czy inna. Szczególnie ciężki przebieg chorobowy występuje w przypadku astmy eozynofilowej, która charakteryzuje się późnym początkiem, najczęściej w 3-5 dekadzie życia. Przebieg jej bywa od samego początku bardzo ciężki i w krótkim czasie prowadzi do znacznego upośledzenia czynności płuc. Chorzy z ciężką postacią tej choroby borykają się z występowaniem uciążliwych, częstych objawów, a wręcz ich zaostrzeniem oraz występowaniem poważnych powikłań stosowanych leków, co niejednokrotnie kończy się częstymi pobytami w szpitalu.

Diagnostyka rozpoznania astmy eozynofilowej odbywa się na podstawie oceny objawów tj. rodzaju nasilenia i reakcji na stosowane dotychczas leczenie, a także analizę różnych czynników, które mogą wpływać na przebieg astmy - ekspozycja na alergeny, czynniki środowiskowe czy prawidłowe przyjmowanie leków. Pomocnym badaniem (czasami wykonywanym wielokrotnie) jest sprawdzenie liczby eozynofili w zwykłym badaniu morfologii

krwi. Ich zwiększona liczba, przynajmniej powyżej ≥ 300 komórek/ μL podwyższonej eozynofilii we krwi obwodowej lub w indukowanej płwocinie $\geq 3\%$ wszystkich komórek; powinna być sygnałem do rozpoznania astmy eozynofilowej. Astma eozynofilowa jest definiowana jako rodzaj astmy oskrzelowej, która pomimo przewlekłego stosowania odpowiednich dawek glikokortykosteroidów wziewnych cechuje się podwyższoną liczbą eozynofilii we krwi obwodowej, indukowanej płwocinie lub materiale pobranym w biopsji oskrzeli. Chorzy z podejrzeniem astmy eozynofilowej w jej ciężkiej postaci powinni zostać przekazani pod opiekę ośrodków wysokospecjalistycznych z doświadczeniem leczenia, w tym zakresie. Bowiern rozpoznanie astmy ciężkiej wymaga przeprowadzenia diagnostyki różnicowej w pogłębionym zakresie, m.in. wykluczenia innych przyczyn eozynofilii obwodowej.

W ostatnich latach postęp w leczeniu astmy, w tym szczególnie ciężkiej jej postaci, jest związany nie tylko z poprawą wyników leczenia w leczeniu otwartym, ale także szerszej dostępności do nowych terapii, zwłaszcza terapii biologicznej. Terapia biologiczna jest przełomem w leczeniu pacjentów z ciężką astmą. Jest szansą dla tej grupy chorych, u których szczególnie nie udaje się osiągnąć kontroli objawów astmy za pomocą standardowego postępowania. Od 2013 roku w Polsce funkcjonuje program lekowy finansowany ze środków publicznych w zakresie leczenia ciężkiej astmy alergicznej IgE-zależnej. Program lekowy to świadczenie gwarantowane obejmujące przede wszystkim nowe, innowacyjne i kosztowne terapie, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych. Leczenie jest prowadzone w wybranych jednostkach chorobowych i obejmuje ściśle zdefiniowaną grupę pacjentów. W programie lekowym mogą wziąć udział pacjenci z ciężką, niekontrolowaną alergiczną astmą oskrzelową z alergią na alergeny całoroczne, u których udokumentowano konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów. Do programu kwalifikuje chorego specjalista alergolog lub pulmonolog pracujący w ośrodku, który ma podpisany kontrakt na udzielanie tego świadczenia, zgodnie z kryteriami zawartymi w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych - załącznik B.44. - „Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej (ICD-10 J45.0) oraz ciężkiej astmy eozynofilowej (ICD-10 J82)”.

Aktualnie w ramach programu lekowego w leczeniu astmy ciężkiej dostępne są leki biologiczne - Omalizumab - blokujący swoiste IgE (łączy się z wolną cząsteczką sIgE i uniemożliwia jej wiązanie z docelowymi

mi komórkami), Mepolizumab obniżający poziom eozynofiliów we krwi poprzez ograniczenie ich powstawania i przeżywalności (hamuje aktywność biologiczną IL-5), Benralizumabem (anty IL-5R α) odpowiadający za aktywną deplecję eozynofiliów, bazo-filów, Dupilumab blokujący podjednostkę alfa interleukiny 4 i hamując przekazywanie sygnałów za pośrednictwem IL-4/IL-13. Ostatnio do terapii został wyłączony Tezepelumab działający na najwyższym poziomie zapalenia alergicznego, na szczycie kaskady zapalnej, blokujący tzw. czynnik TSLP, tj. limfopoetynę zębą grasicy.

Szacuje się, że w Polsce jest około 38 tysięcy pacjentów z ciężką astmą oskrzelową. Z tej liczby chorych około 10-12 tys. osób kwalifikuje się do skutecznego leczenia biologicznego powodującego remisję choroby i zmniejszającą liczbę hospitalizacji i zgonów. Obecnie w programie lekowym B.44, obejmującym leczenie lekami biologicznymi objętych jest ok. 3 tys. pacjentów, jednak ich liczba z roku na rok zwiększa się na skutek wprowadzonych zmian w kryteriach włączenia do programu terapeutycznego w ramach terapii leczenia biologicznego. Od maja 2022 r. zniesiono m.in. ograniczenia czasowe dotyczące możliwości stosowania leków biologicznych oraz zmodyfikowano kryteria decydujące o możliwości kwalifikacji pacjenta do programu lekowego dotyczące liczby eozynofiliów we krwi. Dodatkowo zmodyfikowano kryteria decydujące o możliwości kwalifikacji pacjenta do programu lekowego dotyczące stwierdzenia u chorego obturacji w badaniu spirometrycznym. Zmiany te pozwoliły na objęcie leczeniem lekami biologicznymi znacznie szerszej grupy chorych, dla których standardowe leczenie nie przynosiło wymiernych rezultatów.

Pełna terapia trwa co najmniej 24 miesiące, jednakże o długości leczenia w przypadku każdego pacjenta decyduje lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia.

W tym czasie pacjent co 2 tygodnie lub 4-8 tygodni otrzymuje odpowiednio dobraną dawkę leku i jest pod stałą obserwacją pod kątem pogorszenia kontroli astmy, szczególnie w okresie zawieszenia terapii (wizyty co 4-12 tygodni). W przypadku istotnego zaostrzenia choroby możliwe jest ponowne włączenie pacjenta do programu leczenia.

Obecnie w Polsce już ponad 60 ośrodków równomiernie rozłożonych na terenie całego kraju prowadzi program B.44. - „Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE-zależnej (ICD-10 J45.0) oraz ciężkiej astmy eozynofilowej” (MZ 21/12/2020), w tym w Dolnośląskim Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu. Podmioty te muszą spełniać szczegółowe kryteria włączenia ich do danego programu, co wymaga postawienia właściwego

rozpoznania zgodnego z kryteriami kwalifikacji do programu lekowego. Wybór leków zakwalifikowanych do leczenia pacjentów na oddziale zależy od fenotypu i endotypu choroby, który został określony w wyniku pogłębionej diagnostyki różnicowej chorego, zgodnie z aktualnymi wytycznymi GINA. W ramach programu lekowego B.44. - „Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE-zależnej (ICD-10 J45.0) pacjenci hospitalizowani na oddziale leczenia są produktem leczniczym Omalizumabem (XOLAIR), który dawkowany jest pacjentom powyżej 6 roku życia u których stwierdzono ciężką, niekontrolowaną alergiczną astmę oskrzelową (według aktualnych wytycznych GINA) z alergią na alergeny całorocznie potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE. Omalizumab podawany jest zgodnie z określonym schematem na podstawie wyjściowego stężenia IgE (j.m/ml) oznaczonego przed rozpoczęciem leczenia oraz masy ciała pacjenta. Po przyjęciu pierwszej dawki leku pacjenci są obserwowani przez co najmniej 2 godziny.

W przypadku, gdy pacjent dobrze toleruje lek przy kolejnych dawkach obserwacja ta jest skrócona do 30 minut. Leczenie wymaga jednodniowej hospitalizacji pacjenta z częstotliwością co 2 tygodnie.

W przypadku leczenia ciężkiej astmy eozynofilowej, która również jest finansowana ze środków publicznych w ramach Programu lekowego B.44. pacjenci leczenia są produktami leczniczymi typu Mepolizumabem (NUCALA) i Benralizumabem (FASERNA).

Do leczenia zakwalifikowani są:

- pacjenci powyżej 18 roku życia, u których stwierdzono ciężką, oporną na leczenie astmę eozynofilową, zidentyfikowaną poprzez liczbę eozynofili we krwi.
- jeżeli poziom komórek wynosi $\geq 350/\mu\text{L}$ na wizycie kwalifikacyjnej w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub ≥ 150 komórek/ μL
- jeżeli systematycznie przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne jest przyjmowanie steroidów systemowych w dawce $\geq 0,5$ mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi $\geq 1,0$ g (w przeliczeniu na Prednizon).

Leczenie wymaga jednodniowej hospitalizacji pacjenta z częstotliwością co 8 tygodni w przypadku pacjentów, którzy kontynuują leczenie po okresie zawieszenia, jeśli czas od ostatniej dawki leków był ≤ 8 tygodni. Jeśli czas od ostatniej dawki leków był > 8 tygodni to zalecana dawka Benralizumabem (Fasera) powinna być podana co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech

dawek, a następnie co 8 tygodni zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

W roku 2024 do programu lekowego B.44 włączono nowy lek Tezspire, Tezpelumab, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu. Tezpelumab to nowy lek, który wykazał obiecujące wyniki w leczeniu ciężkiej astmy i innych schorzeń. Tezpelumab działa poprzez celowanie w konkretne białko w organizmie zwane limfopoetynę zrębu grasicy (TSLP). Uważa się, że TSLP odgrywa istotną rolę w inicjowaniu i podtrzymywaniu stanu zapalnego dróg oddechowych, który jest kluczowym czynnikiem w astmie i innych schorzeniach układu oddechowego. Blokując TSLP, Tezpelumab może pomóc zmniejszyć stan zapalny w drogach oddechowych, ułatwiając pacjentom oddychanie. Badania kliniczne jak również prowadzone wywiady wśród pacjentów objętych leczeniem Tezpelumabem wykazują, iż lek ten jest skuteczny w zmniejszaniu objawów i poprawie funkcji płuc u pacjentów z ciężką astmą.

Produkty lecznicze stosowane w terapii biologicznej są rekomendowane przez światowe towarzystwa do leczenia astmy oskrzelowej w 5 stopniu zaawansowania choroby (GINA) niezależnie od poziomu eozynofili we krwi obwodowej. Dla pacjentów z niekontrolowaną ciężką astmą leki biologiczne są terapią o udowodnionej skuteczności prowadzącymi do zmniejszenia częstości i nasilenia zaostrzeń oraz poprawy czynności płuc. W wyniku ich stosowania zmniejsza się ilość dokuczliwych objawów występujących w ciągu dnia i w nocy oraz poprawia się tolerancja na wysiłek fizyczny. Jak pokazują badania i praktyka kliniczna zastosowanie terapii biologicznej daje szansę na opanowanie choroby i poprawę jakości życia chorych. Może również umożliwić chorym powrót do normalnego życia, pracy, aktywności czy nauki.

Obecnie astma oskrzelowa uznawana jest za jedną z poważniejszych chorób cywilizacyjnych na świecie. Mimo, iż liczba chorych systematycznie rośnie, to jednak dzięki postępowi nauki, jest coraz więcej możliwości skutecznego leczenia tej choroby. Z pewnością można byłoby leczyć więcej chorych, ale na obecną liczbę pacjentów objętych tym leczeniem wpywa kilka aspektów. Między innymi kryteria kwalifikacji do programu terapeutycznego, które w Polsce są nieco bardziej rygorystyczne niż to przewidyuje charakterystyka produktu leczniczego, czyli zalecenia dla jakiej grupy pacjentów lek jest dedykowany. Ponadto wyspecjalizowane ośrodki prowadzące leczenie w ramach Programu leczniczego B.44. są nierównomiernie zlokalizowane po całym kraju, co skutkuje dużymi utrudnieniami dla wielu pacjentów w dotarciu do tych ośrodków na podanie kolejnej dawki leków. Dodatkowo nadal powszechnie akceptowany jest fakt, że pacjent ma częste zaostrzenia choro-

by i okresowo musi przyjmować sterydy systemowe (doustne). Programy terapeutyczne, zwłaszcza nowe, innowacyjne jaką jest terapia biologiczna to znaczne obciążenia finansowe dla tych specjalistycznych ośrodków z uwagi na to, iż chorzy z ciężką astmą potrzebują wiele uwagi i troski ze strony personelu medycznego, a tego stale brakuje.

Dlatego też nie możemy bagatelizować wszelkich objawów zaburzeń w obrębie dróg oddechowych, gdyż może to doprowadzić do ciężkich nieodwracalnych zaburzeń wentylacji prowadzących do trwałego upośledzenia pracy dróg oddechowych.

Co prawda wyleczenie całkowite astmy nie jest jeszcze możliwe, ale odpowiednia diagnoza i prawidłowo dobrane leki pozwalają prowadzić zupełnie normalne, aktywne życie.

Piśmiennictwo

1. Astma oskrzelowa – nowy model zarządzania chorobą nakierowany na wzrost wartości zdrowotnej, Instytut Zarządzania w ochronie zdrowia, Streszczenie raportu 2021, s.20. https://koalicja.pta.med.pl/wp-content/Astma_Raport_FINAL.pdf [Dostęp 15.08.2025 r.].
2. Lewandowska K., Kuziemska K., Górka L., Wajda B., Jassem E., Słomiński J. M., Jakość życia u chorych na astmę oskrzelową, Tom 5, Nr 2 (2006) - Polska Medycyna Paliatywna, s. 71-75.
3. Analiza problemu decyzyjnego, Fansenera (benralizumab) w leczeniu ciężkiej astmy eozynofiliowej Wydawnictwo Aestimo, Krakow 2021, s.10. https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/zlecenia_mz/2021/026/AW/26_AW_OT.4231.2.2021_Faserna_APD.pdf [[Dostęp 30.07.2025 r.].
4. Rogala B., Kupczyk M., Bochenek G., Śliwiński P., Moniuszko M., Glück J., Dobek R., Kulus M., Terapia biologiczna astmy – stanowisko Polskiego Towarzystwa Alergologicznego (PTA) i Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc (PTChP), Alergologia Polska Nr 2/2020 vol. 7, s.64-80, https://www.termedia.pl/Czasopismo/Alergologia_Polska_Polish_Journal_of_Allergology-123/Numer-2-2020. [Dostęp 28.08.2025 r.].
5. Życie z astmą ciężką punkt widzenia pacjenta - Raport chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/ https://dlapacjentow.pta.med.pl/wp-content/uploads/2025/07/PTA_Raport_Astma-ciezka.pdf [Dostęp 07.08.2025 r.].
6. <https://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/uklad-oddechowy/leczenie-biologiczne-astmy-ciezkiej-szansa-dla-chorych-aa-C6DE-AJoR-XaTR.html> [Dostęp 07.08.2025 r.].

ROLA POŁOŻNEJ

W ZASPOKAJANIU POTRZEB Kobiet PO ZABIEGACH NA ODDZIALE GINEKOLOGII ONKOLOGICZNEJ – OBSERWACJE I WNIOSKI Z BADAŃ WŁASNYCH

mgr położnictwa **BEATA FOLTYNOWICZ**

specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa położniczo-ginekologicznego, technik sterylizacji medycznej
położna z 20-letnim stażem w DCOPiH we Wrocławiu w Oddziale Ginekologii Onkologicznej

Streszczenie

Choroba nowotworowa narządów rodnych jest wydarzeniem silnie wpływającym na psychikę i funkcjonowanie kobiety. Zabieg operacyjny, będący często podstawą leczenia, wymaga nie tylko przygotowania medycznego, ale również wsparcia emocjonalnego. Celem artykułu jest przedstawienie wyników badań przeprowadzonych wśród pacjentek hospitalizowanych na Oddziale Ginekologii Onkologicznej Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu. Skupiono się na roli położnych w zaspokajaniu potrzeb kobiet w okresie okotooperacyjnym. Wyniki badań wskazują, że pacjentki postrzegają położne głównie przez pryzmat ról pielęgnacyjnych i zabiegowych, jednocześnie zgłaszając duże zapotrzebowanie na wsparcie emocjonalne i rzetelną informację medyczną.

Słowa kluczowe: położna, ginekologia onkologiczna, opieka okotooperacyjna, potrzeby pacjentek

Wstęp

Początek i przebieg choroby onkologicznej, ma ogromny wpływ na kobietę, jej psychikę i podejście do życia. Choroba nowotworowa zmienia człowieka - zarówno osobę, która choruje jak również tę, która jest w bliskim kontakcie z chorym. Rola położnej, którym głównym zadaniem jest opieka nad kobietą na wszystkich etapach jej życia - od narodzin, aż do śmierci, kojarzona jest głównie z opieką okotopodową, gdzie nierozłącznym elementem jest radość z nowo narodzonego dziecka. Niestety, bardzo często pomijana jest rola, kiedy kobieta zaczyna cierpieć na schorzenie ginekologiczne, a zwłaszcza gdy jest to choroba nowotworowa, która przynosi poczucie zagrożenia, długotrwałego stresu i niepewności. Problemy kobiet w tak trudnym momencie często są pomijane, a niejednokrotnie zostają one z nim same. W wielu aspektach pracy spotykamy się z podejściem instrumentalnym, przedmiotowym, rzadko natomiast uwaga skupia się na kobiecie, która sama w sobie ma poczucie wewnętrznej samotności w chorobie. Jakość życia kobiet w obliczu choroby zmienia się co powoduje zmianę myślenia, a rze-



czy dotąd ważne przestają być istotnym elementem w ich życiu. Położne uczestniczą w procesie diagnostyki i leczenia pełniąc funkcję interdyscyplinarną w życiu kobiet zmagających się z wewnętrznymi rozterkami, lękiem o własne życie i przyszłość swojej rodziny. Personel medyczny pracujący na oddziale onkologicznym swoim postępowaniem niejednokrotnie uczy jak przejść kolejne etapy- od przygotowania do zabiegu, do czasu kiedy pacjent musi przebrnąć przez trudne chwile związane z okresem po operacji. Praca położnej na oddziale ginekologii onkologicznej różni się od obowiązków wykonywanych w opiece okotopodowej. Tutaj codziennością są pacjentki zmagające się z chorobą nowotworową, u których zabieg operacyjny często wiąże się z utratą narządów rodnych, zmianą wizerunku własnego ciała, a także z lękiem o życie. Rola położnej wykracza daleko

poza działania zabiegowe. Obejmuje ona opiekę pielęgnacyjną, wsparcie psychiczne, edukację pacjentki i jej rodziny oraz pomoc w adaptacji do nowej sytuacji zdrowotnej. Odpowiednio prowadzona opieka wpływa na proces leczenia, rekonwalescencję oraz jakość życia pacjentki po wypisie ze szpitala.

Rola położnej w Oddziale Ginekologii Onkologicznej.

Zawód położnej jest zawodem regulowanym, samodzielnym. Zakres obowiązków położnej jest bardzo mocno związany z opieką położniczo-ginekologiczną. Wykonywanie zawodu zgodnie z Ustawą z dnia 15 lipca 2011 roku polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych dotyczącej kobiety - w szczególności są to świadczenia zapobiegawczo- lecznicze, diagnostyczne, pielęgnacyjne, jak również promocja

i edukacja zdrowotna. Jest to duży przywilej w sprawowaniu opieki nad kobietami i ich rodzinami, jak również niesie ze sobą poważne wyzwanie i zobowiązanie. W celu rzetelnego wykonywania swoich funkcji zawodowych zobowiązana jest do ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych, umiejętności praktycznych i etyczno-moralnych. Położna rozpoznawana jest jako profesjonalistka, która daje kobietom wsparcie, opiekę i informacje dotyczące postępowania w zdrowiu i chorobie. Całościowe poznanie problemów kobiet, obserwacja, a także refleksyjne myślenie wywiera ogromny wpływ na relacje między położną, a pacjentką. Odgrywa to znaczącą rolę w edukacji, promocji zdrowia jak również w opiece nad kobietą chorą ginekologicznie. Kompetencje położnej, umiejętność słuchania i prowadzenia rozmowy są atutami, które wzbudzają zaufanie i dają możliwość głębszej analizy problemu z którym zgłasza się kobieta. Bardzo ważna jest tu umiejętność komunikowania się w celu uzyskania jak największej ilości informacji, skupienie, uwaga i pozytywne nastawienie. Położna powinna być dla kobiety pewnego rodzaju przewodnikiem i doradcą w stanie zdrowia i choroby. Położna powinna rozpoznawać potrzeby kobiety we właściwy sposób. Powinna umieć dostosować informację do możliwości percepcyjnych odbiorcy. Do jej zadań należy stworzenie takich warunków, aby umożliwić kobiecie swobodne i bezstresowe dzielenie się problemami, a także oczekiwaniami. Bardzo ważna jest postawa położnej, która powinna być asertywna i otwarta co spowoduje obniżenie poczucia zagrożenia i lęku w trakcie hospitalizacji. Do obowiązków położnej na oddziale należy stworzenie takiej atmosfery, aby pacjentka czuła się w miarę możliwości jak najbezpieczniej. Nie zawsze pozwalają na to warunki szpitalne, natomiast kiedy położna wykazuje empatię, troskliwą opiekę, udzieli rzetelnej, zrozumiałej informacji okazując przy tym jednocześnie życzliwość, cierpliwość i wyrozumiałość daje kobiecie i jej rodzinie poczucie wsparcia i zrozumienia. Asystując pacjentce w trakcie wykonywania badań diagnostycznych, sprawując nadzór okołoperacyjny, usprawniając pacjentkę po zabiegu, dbając o całościową pielęgnację chorej i przygotowanie do samopielęgnacji w domu wzbudza poczucie bezpieczeństwa i zaufania.

Potrzeby kobiet po zabiegach na oddziale ginekologii onkologicznej

Kobieta, która dowiaduje się, że jest chora ginekologicznie i dodatkowo dotęcza się do tego diagnoza nowotworowa staje w obliczu strachu i lęku przed nieznanym. Każda pacjentka na oddziale ginekologii onkologicznej ma unikalną osobowość i w różnym stopniu próbuje radzić sobie z własnymi problemami, uczuciami, emo-

cjami i stresem, który stanowi nierozłączną część choroby. Kobiety różnią się statusem ekonomicznym, materialnym, poziomem wykształcenia, a także miejscem zamieszkania. Cechą wspólną ich jest to, że choroba zabiera im poczucie kobiecości, bezpieczeństwa i niezależności. Hierarchia wartości zmienia się diametralnie i wszystkie dążą do samodzielności i zapewnienia sobie podstawowych potrzeb egzystencjalnych, poczucia bezpieczeństwa, własnej godności i intymności, informacji medycznej i kontaktu z osobami bliskimi. Zabezpieczenie tych wszystkich wartości daje stabilizację i motywację do dalszej walki o zdrowie, a czasem o życie.

Potrzeba samodzielnego wykonywania podstawowych czynności po zabiegu

U każdej pacjentki po zabiegu operacyjnym dochodzi do zaburzenia wypełnienia podstawowych potrzeb. Są to zarówno potrzeby fizjologiczne, jak również podstawowe czynności związane z prawidłowym funkcjonowaniem człowieka. Dążenie do uzyskania samodzielności staje się silną motywacją. Chęć osiągnięcia podstawowych potrzeb daje siłę w stopniowym osiągnięciu celów, natomiast całościowo stanowi wielki krok dla organizmu. Zaspokojenie wykonywania podstawowych czynności mobilizuje do dalszego działania jakim jest chęć życia. Zmienia się wówczas myślenie, gdyż nie jest zdominowane przez potrzeby niższego rzędu. Dlatego też jak najwcześniejsze usprawnianie pacjentki ma na celu nie tylko zabezpieczenie w ramach profilaktyki zakrzepowo zatorowej, ale również zaspokojenia jej podstawowych potrzeb, które będą motywować do dalszego działania.

Potrzeba wsparcia, zrozumienia i bezpieczeństwa

Potrzeba bezpieczeństwa jest drugą w kolejności z najważniejszych potrzeb. Jest ściśle związana z potrzebą wsparcia i zrozumienia. Organizm człowieka stanowi pewien mechanizm poszukujący stabilizacji, poczucia bezpieczeństwa. U osób przebywających w nowym środowisku jakim jest oddział szpitalny bezpieczeństwo w początkowej fazie jest zagrożone. Nowe, nieznanne środowisko niesie lęk i obawy przed nieznanym. Dlatego tak ważny jest moment przyjęcia na oddział, gdyż kobiety poszukują poczucia stabilizacji i opieki. Często zamieniają ją na potrzebę poszukiwania opiekuna, która może dać jej wsparcie i poczucie akceptacji. Poszukiwanie oparcia sprawia, że osoba chora czuje się chroniona i pielęgnowana przez inne. Deficyt potrzeby tej może objawić się jako zachowanie obronne takie jak agresja czy negatywne emocje, ponieważ nieznanne środowisko nie zostało jeszcze w zaakceptowane. Sam proces przystosowania do choroby jest negatywnym czynnikiem zaburzającym

równowagę psychiczną. Dopiero szersze poznanie i akceptacja sytuacji w jakiej się znajduje oraz poczucie zrozumienia przez innych niesie ze sobą stabilizację. Prowadzi to do aktywizacji organizmu do dalszego działania poprzez utrzymanie równowagi i uporządkowanie świata w którym pacjentka się znajduje. Potrzeby te są więc ściśle związane z przygotowaniem do badań, zabiegu operacyjnego. Właściwe podejście do chorej i wyjaśnienie wszelkich procedur w sposób jasny, umiejętnie słuchanie i rozwianie wątpliwości pacjentki stanowi podstawę bezpieczeństwa.

Potrzeba zachowania intymności i godności

Każdy człowiek ma potrzebę szacunku do siebie, własnej godności i poważania ze strony innych osób. Potrzeba ta jest prawem zapewnianym chorej osobie zapisanym w Karcie Praw Pacjenta. Niepodważalnym dokumentem jaki zapewnia respektowanie prawa jest Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Zachowanie prawa do poszanowania godności i szacunku do człowieka jest istotą pielęgniarstwa, a nieprzestrzeganie go jest nieetyczne. Odnosząc się z szacunkiem, godnością i zachowując zasady intymności przy wykonywaniu podstawowych czynności położna opiekując się kobietą buduje zaufanie, a przede wszystkim nie narusza poczucia wartości moralnej człowieka, która jest tak bardzo istotna w chorobie. Ma to duże znaczenie dla zachowania równowagi psychicznej i znalezienia siły do walki. Osoby chore walczą w ten sposób o utrzymanie kontroli nad podstawowymi czynnościami i utrzymaniem pełnej autonomii.

Potrzeba zminimalizowania dolegliwości bólowych

Istotnym elementem w pielęgniarstwie onkologicznym, jak również okołoperacyjnym jest zabezpieczenie chorej, aby w jak najmniejszym stopniu odczuwała dolegliwości bólowe. Ból jest zjawiskiem, który możemy odnieść zarówno do psychiki jak i ciała. Całościowo jest to zjawisko psychosomatyczne. Łagodzenie cierpienia, niesienie ulgi w tych dwóch sferach jest powiązane z okazywaniem troskliwości o pacjenta, a to jest podstawowym zadaniem pielęgniarki i położnej. Działania dążące do minimalizacji dolegliwości bólowych pogłębiają poczucie bezpieczeństwa i zaufania do personelu medycznego. W przypadku odczuwania bólu okołoperacyjnego lub związanego z chorobą onkologiczną ważne jest podjęcie takich działań, aby uzyskać najlepszy komfort dla pacjentki. Dzięki temu możemy uzyskać wewnętrzny spokój chorej osoby, co prowadzi do większej akceptacji stanu w jakim się znajduje i zmniejszenie poczucia lęku i negatywnych emocji, które niejednokrotnie pogar-

szają uczucie przeżywania bólu. Niwelując dolegliwości zmienia się wtedy nastawienie do choroby co pomaga w dalszym procesie leczenia.

Potrzeba kontaktu z rodziną, z osobą bliską

Choroba jest wyzwaniem dla osoby dotkniętej nią, lecz również dla rodziny. Rodzina, osoby bliskie współuczestniczą w procesie leczenia poprzez pomoc w podejmowaniu decyzji, pielęgnację i co najważniejsze wsparcie emocjonalne. Uczestniczy w edukacji, aby wspomóc dalszy proces leczenia. W systemie wartości osoba bliska staje się podporą, motywacją do dalszego działania. Brak wsparcia i zrozumienia płynące z najbliższego środowiska często powoduje poczucie beznadziejności i brak wiary w pozytywny efekt leczenia, czego następstwem mogą być zaburzenia somatyczne i fizyczne. Sama choroba często doprowadza do zmiany w świadomości onkologicznie chorej kobiety jak również do zmian w systemie wartości. Dlatego też Karta Praw Pacjenta respektuje prawo do życia prywatnego jak również działania personelu medycznego w procesie edukacji rodziny daje możliwość wsparcia i lepszej jakości życia, ponieważ sam proces leczenia onkologicznego jest bardzo dużym obciążeniem dla kobiety. Zachowanie się rodziny i personelu medycznego powinno jednocześnie w swoich działaniach mobilizować chorą i udzielić takiej pomocy, aby zmotywowować i zachęcić do dalszego leczenia, walki o własne zdrowie i życie.

Potrzeba informacji medycznej

Potrzeba informacji medycznej jest kolejnym ważnym elementem w procesie leczenia. Udzielanie informacji w sposób rzetelny i jasny sprawia, że pacjentka staje się osobą spokojniejszą o własne zdrowie. Nastawienie kobiety, obraz jej własnej choroby jest w dużym stopniu zależny od dostępu i sposobu przekazywania informacji o własnym stanie zdrowia. Przekazanie informacji, które interesują pacjentkę prowadzi do redukcji napięcia emocjonalnego, a tym samym lepszego efektu terapeutycznego. Dlatego też niezbędna jest rozmowa z lekarzem, położną. Dzięki temu pacjentka będzie mogła rozwiązać wszelkie wątpliwości dotyczące jej stanu zdrowia i dalszego postępowania zarówno w zakresie czynności leczniczych jak i pielęgnacyjnych [30]. Właściwy przekaz informacji wymaga zapewnienia prywatności i spokojnej rozmowy w miłej i przyjaznej atmosferze, a także wykazując zainteresowanie. Również w sposób odpowiedni powinno się reagować na nurtujące pytania i oznaki niepokoju.

Cel pracy

Celem badań było określenie, jak pacjentki postrzegają rolę położnej w okresie

okotooperacyjnym oraz jakie są ich główne potrzeby w czasie hospitalizacji na Oddziale Ginekologii Onkologicznej. Badaniem objęto 100 pacjentek hospitalizowanych w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu na oddziale Ginekologii Onkologicznej, które w sposób dobrowolny uczestniczyły w badaniu, z zapewnieniem anonimowości i poufności zebranych odpowiedzi przedstawionych wyłącznie w danych statystycznych. Narzędziem badawczym była anonimowa ankieta zawierająca 15 pytań, gdzie najliczniejszą grupę wiekową stanowiły kobiety ≥ 61 lat (44%), z wykształceniem średnim lub wyższym - 75%. Większość respondentek była związku małżeńskim (66%) zamieszkująca : głównie miasta (71%). Najczęstszym rozpoznaniem był nowotwór złośliwy trzonu macicy (29%), nowotwór złośliwy jajnika (21%) jak również nowotwór łagodny jajnika (21%). Główną hipotezą badawczą było pytanie jaką rolę spełniają położne na oddziale ginekologii i czy pokrywają się one z potrzebami hospitalizowanych pacjentek. Istotne było również zdefiniowanie najważniejszej roli położnej w świadomości pacjentek i ocena ich pracy.

Wyniki

Świadomość opieki: 65% pacjentek wiedziało, że opiekę sprawuje położna, 27% myliło tę rolę z pielęgniarką. Postrzegane rolę położnej: najczęściej zabiegowa (76%) i pielęgnacyjna (72%), rzadziej diagnostyczna (50%), edukacyjna (37%) i psychologiczna (32%). Najważniejsze role według pacjentek: pielęgnacyjna (średnia ocena 5,05 w skali 1-6) i zabiegowa (4,26). Najważniejsze potrzeby: poczucie bezpieczeństwa, łagodzenie bólu, zachowanie intymności, rzetelna informacja medyczna, kontakt z rodziną i wsparcie emocjonalne. Wyniki badań potwierdzają, że pacjentki koncentrują się przede wszystkim na fizycznym aspekcie opieki – zabiegach i pielęgnacji. Jednak zgłaszane potrzeby wskazują, że również istotna jest rola edukacyjna i psychologiczna położnej, która w wielu przypadkach pozostaje niedoceniona. Choroba nowotworowa to dla kobiety doświadczenie graniczne, w którym pomoc w radzeniu sobie z lękiem, utratą zdrowia i zmianą obrazu własnego ciała jest równie ważna, jak prawidłowo wykonane procedury medyczne. Dobrze prowadzona komunikacja oraz obecność położnej w roli osoby wspierającej wpływa na lepszą adaptację pacjentki do nowej sytuacji zdrowotnej.

Wnioski

1. Położne w opinii pacjentek są najczęściej postrzegane przez pryzmat roli pielęgnacyjnych i zabiegowych
2. Kluczowe potrzeby kobiet po zabiegach to: bezpieczeństwo, łagodzenie bólu, zachowanie intymności, wsparcie emocjonalne i dostęp do rzetelnej

informacji.

3. Warto wzmacniać rolę edukacyjną i psychologiczną położnych w oddziałach ginekologii onkologicznej.
4. Obecność rodziny w procesie leczenia i rekonwalescencji powinna być wspierana przez personel medyczny.

Rola położnej w świadomości pacjentek

Pacjentki proszone były również o uszeregowanie ról położnej na oddziale. Respondentki miały ocenić sześć testowanych ról na skali ocen od 1 do 6, gdzie 1 oznaczało rolę najmniej ważną, a 6 najważniejszą. Zdecydowanie najważniejsze są role funkcjonalne, czyli rola pielęgnacyjna (średnia 5,05) oraz zabiegowa/instrumentalna (średnia 4,26). Zdecydowanie najniższą pozycję uzyskała rola psychologiczna – średnie zaledwie 2,57. Pacjentki proszone były również o uszeregowanie potrzeb. W tym celu miały ocenić przedstawione potrzeby na skali ocen od 1 do 6 (gdzie 1 oznaczało rolę najmniej ważną, a 6 najważniejszą). Skala oceny wynosiła 1-6. W wyniku tej analizy otrzymano następujące wyniki: zdecydowanie najważniejsze jest zaspokojenie potrzeb fizjologicznych (minimalizowanie bólu) – średnia 4,43. Kolejną potrzebą, to wsparcie i zrozumienie (średnia 4,26). W przypadku gradacji potrzeb pacjentek względem hospitalizacji, widać wpływ rodzaju zdiagnozowanego nowotworu na oczekiwania. Kobiety chorujące na nowotwór złośliwy zdecydowanie częściej wskazywały na ważność potrzeby wsparcia i zrozumienia. Zależność istotna statystycznie na poziomie 0,05.

Ocena pracy położnych

Końcowa faza badania, to uzyskanie oceny pracy położnych na oddziale ginekologii onkologicznej. Respondentki miały ocenić pracę położnych w różnych aspektach. Do oceny zastosowano skalę 1-5, gdzie 5 oznaczało „zdecydowanie się zgadzam z danym stwierdzeniem”, a 1 oznaczało „zdecydowanie się nie zgadzam z danym stwierdzeniem”. Im wyższą średnią otrzymano stwierdzenie, tym bardziej respondentki zgadzały się z daną opinią. Wszystkie testowane stwierdzenia otrzymały wysokie średnie oceny. Najwyżej oceniane były dbałość o godność osobistą i intymność (średnia 4,56), dbałość o komfort oraz minimalizację dolegliwości bólowych (średnia 4,54), wyrozumiałość (4,52) oraz umiejętność wyjaśnienia istoty wykonywanego zabiegu-czynności. Deklaratywnie pacjentki nie definiowały, jako najważniejszej, roli położnej jako wsparcia psychologicznego (najniżej klasyfikowana wśród testowanych ról), ale już w zakresie potrzeb właśnie aspekt psychologiczny jest bardzo ważny. Również w ocenach pracy położnych aspekt psychologiczny, emocjonalny uzyskał najwyższe średnie.

RELACJA Z KONFERENCJI „MEDYCYNA I DZIECKO”

**Elżbieta Garwacka-Czachor
Dorota Milecka
Komisja Historyczna DOIPiP we Wrocławiu**

W dniach 20-21 listopada 2025 roku odbyła się VI Ogólnopolska Konferencja Naukowa z cyklu „Lekarz jako autor i bohater literacki” pod tytułem „Medycyna i Dziecko”. Podobnie jak w roku ubiegłym głównymi organizatorami byli Dolnośląska Izba Lekarska – Ośrodek Pamięci i Dokumentacji Medycznej oraz Uniwersytet Wrocławski – Wydział Filologiczny, a wśród współorganizatorów już po raz drugi znalazła się Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu. Tematyka cyklu Konferencji wpisuje się w nurt zainteresowań Komisji Historycznej DOIPiP we Wrocławiu, a jej przedstawicielki w tegorocznej edycji wzięły również udział w jej organizacji: Elżbieta Garwacka-Czachor była członkinią Komitetu Naukowego Konferencji, a Dorota Milecka – Komitetu Organizacyjnego.

Konferencja pod kierownictwem prof. dr hab. Edwarda Białka i Dariusza Lewery cieszyła się ogromnym zainteresowaniem. Zgłoszonych zostało aż 60 artykułów przez 70 prelegentów. Przyjęta tematyka była okazją do zaprezentowania dwóch artykułów przygotowanych pod afiliacją DOIPiP oraz Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego: „Rozwój pielęgniarstwa pediatrycznego w Polsce” oraz „Rozwój opieki diabetologicznej nad dziećmi z perspektywy lekarzy, pielęgniarek i pacjentów”. Artykuły przygotowane przez Dorotę Milecką oraz Elżbietę Garwacką-Czachor dostępne są w I Tomie publikacji pod tytułem Medycyna i Dziecko. Rozprawy i szkice z historii medycyny i literatury, pod red. naukową: Edwarda Białka, Agnieszki Kodzis-Sofińskiej, Andrzeja Wojnara, Pawła Wróblewskiego.

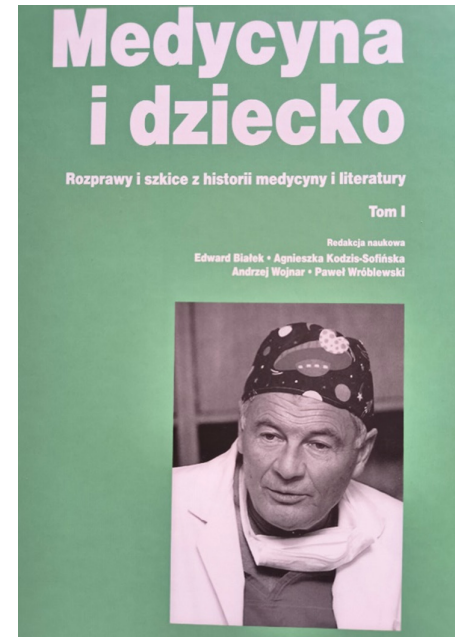
W czasie dwudniowej konferencji przedstawione zostały artykuły lekarzy, pielęgniarek, historyków, biografów, prawników, artystów, filozofów, socjologów, literaturoznawców, filologów słowem osób, które opowiedziały różne ważne historie związane z opieką nad dziećmi i ich losami oraz historie ludzi mających bezpośredni lub pośredni związek z medycyną, którzy poświęcili swoje życie dla dzieci. Na uwagę zasługuje także ogromne zainteresowanie Instytucji, których reprezentanci wzięli udział w konferencji: Polska Akademia Nauk – Instytut Historii im. Tadeusza Manteuffla; Biuro Badań Historycznych w Warszawie, IPN; Klinika Chirurgii Dziecięcej i Urologii Dziecięcej Centrum Medyczne-



Od lewej: Teresa Dzierżewska, Elżbieta Garwacka-Czachor, Edward Białek (prof. dr hab., historyk literatury; główny organizator konferencji), Dorota Milecka

go Kształcenia Podyplomowego; Ośrodek Dokumentacji Historycznej Śląskiej Izby Lekarskiej; Szpital Euromedia S.A., Katowice; Uniwersytet Warszawski; Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych, Katedra i Zakład Biochemii, Katedra i Zakład Medycyny Sądowej i Toksykologii Sądowo-Lekarskiej; Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Reumatologii i Immunologii Klinicznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach; Wojewódzkie Centrum Pediatrii „Kubalonka” w Istebnej; Muzeum Historii Medycyny i Farmacji Śląskiej Izby Lekarskiej; Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; Oddział Pediatriczny SPZOZ Garwolin); Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu – Katedra i Zakład Zdrowia Środowiskowego, Medycyny Pracy i Epidemiologii; Komisje Lekarskie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Oddział we Wrocławiu; Fundacja Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu; Instytut Nauk Prawnych Polskiej Akademii Nauk; Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, Instytut Socjologii; Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu; Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie; Dolnośląskie Centrum Chorób Serca

im. Prof. Zbigniewa Religi; Ośrodek Pamięci i Dokumentacji Historycznej Dolnośląskiej Izby Lekarskiej; Uniwersytet Opolski – Instytut Historii, Instytut Nauk o Zdrowiu; Instytut Śląski; Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Oddział Wrocław; Collegium Medicum Uniwersytet J. Kochanowskiego w Kielcach; Uniwersytet Wrocławski; Uniwersytet Wrocławski – Instytut Psychologii; Politechnika Wrocławska – Wydział Medyczny; Akademia Nauk Stosowanych Wyższej Szkoły Zarządzania i Administracji w Opolu; Polska Akademia Nauk, Instytut Historii; Collegium Witelona, Uczelnia Państwowa w Legnicy; Gdański Uniwersytet Medyczny; Wyższa Szkoła Medyczna w Kłodzku; Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum; Uniwersytet im. Adama Mickiewicza w Poznaniu; Uniwersytet Komisji Edukacji Narodowej w Krakowie; Lubelska Izba Lekarska; Komisja Historii Nauki Polskiej Akademii Umiejętności w Krakowie; Sekcja Historii Nauki i Techniki Komitetu Nauk Historycznych Polskiej Akademii Nauk w Warszawie; Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach; Stowarzyszenie Harmonia; Uniwersytecki Szpital Kliniczny we Wrocławiu; Krakowska Akademia im. A. F. Modrzewskiego; Uniwersytet w Marburgu; Klein Berlin – Szkoła Języka Niemieckiego, Szczecin.



Podczas konferencji odbyła się prelekcja filmu „Albert Neisser - lekarz i skandalista w reżyserii Stanisława Wolnego. Konferencja przebiegła w miłej i serdecznej atmosferze sprzyjającej rozmowom w kulturach oraz wymianie refleksji związanych z tematyką konferencji.

KONFERENCJA CHOROBY ZAKAŻNE I ZAKAŻENIA SZPITALNE – STAN WIEDZY I PERSPEKTYWY ROZWOJU

dr Grażyna Szymańska-Pomorska

Komitet Organizacyjny i Naukowy Akademii Studenta Pielęgniarstwa Przewodniczący

dr Grażyna Szymańska-Pomorska

Z-ca Przewodniczącej:

mgr Wioletta Kosiba-Rogała

mgr Anna Szafran

Członkowie

mgr Agnieszka Kukułka

mgr Danuta Musioł

dr Aleksandra Pytel

mgr Patrycja Florkowska-Czuszek

mgr Dorota Pietrzak

mgr Anna Zadrozna

Konferencję otworzyła Dziekan NWSM dr Grażyna Szymańska-Pomorska. Wydarzenie zostało objęte mecenatem przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Gromkowskiego, wobec czego Dziekan, w pierwszej kolejności przywitała przedstawicieli tej placówki: mgr Wiolettę Kosiba-Rogała - Naczelną Pielęgniarkę Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Gromkowskiego, prof. dr hab. n. med.





Krzysztofa Simona, który wygłosił wykład inauguracyjny wydarzenie oraz z wszystkich prelegentów Konferencji: dr n.med. Monikę Pazgan-Simon, dr n. med. Elżbietę Garrową-Czachor -Przewodniczącą Wrocławskiego Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego dla województwa dolnośląskiego, mgr Natalię Konik, mgr Katarzynę Salik i mgr Barbarę Zajac.

Dziekan podziękowała za współorganizację konferencji Dolnośląskiej Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

W Konferencji udział wzięła kadra kierownicza podmiotów leczniczych: Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego dr Ewa Fabich, Naczelną Pielęgniarką Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii mgr Małgorzata Suszyńska-Kobielał, Emerytowana Naczelną Pielęgniarką Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii mgr Władysława Głowacz oraz nauczyciele NWSM.

Dziekan podziękowała kadrze kierowniczej placówek podmiotów leczniczych za ich decyzje, które otwierają przed studentami możliwość odbywania zajęć

praktycznych i praktyk zawodowych w placówkach ochrony zdrowia oraz wszystkim, którzy w jakikolwiek inny sposób przyczynili się do sukcesów kierunku Pielęgniarstwo w NWSM. Podkreśliła, że dzięki wysiłkom wszystkich nauczycieli Niepubliczna Wyższa Szkoła Medyczna jest silną, znaczącą w środowisku akademickim uczelnią, a kierunek Pielęgniarstwo zyskuje na znaczeniu w środowisku akademickim.

Zaznaczyła, że wartością, która pozwala, pomimo licznych obowiązków, odczuwać radość i sens pracy nauczyciela są Studenci. Podkreśliła, że studenci NWSM uzyskują dobre wyniki w nauce, choć nie jest im łatwo godzić obowiązki studenta z pracą zawodową i funkcjonowaniem w rodzinie. Być może właśnie dlatego doceniają pracę nauczycieli i ich starania aby proces kształcenia był w miarę możliwości dobrze zorganizowany i przyjazny. Podziękowała studentom za życzliwość, za wszystkie pozytywne opinie wyrażane o Uczelni, za zaangażowanie i aktywność, za to że godnie reprezentują Uczelnię.

Dziekan podkreśliła, że spotkanie „Choroby zakaźne i zakażenia szpitalne – stan wiedzy i perspektywy rozwoju” dotyczy tematu, który od lat pozostaje jednym z kluczowych wyzwań systemu ochrony



zdrowia – w Polsce i na świecie. Bowiem Według danych Światowej Organizacji Zdrowia, zakażenia związane z opieką zdrowotną dotyczą od 7 do 10% pacjentów hospitalizowanych. Za tymi liczbami stoją konkretni ludzie: pacjenci, rodziny i zespoły medyczne, które każdego dnia stają do walki o bezpieczeństwo. Każde z tych zakażeń to dodatkowe cierpienie, koszty i ryzyko – ale też mobilizacja całego zespołu medycznego, w którym pielęgniarki i pielęgniarze są na pierwszej linii obrony. Pielęgniarki czuwają nad procedurami higienicznymi, kontrolują przestrzeganie zasad aseptyki, monitorują stan zdrowia i reagują na pierwsze objawy zakażenia. Bez ich profesjonalizmu, czujności i odpowiedzialności nie sposób mówić o skutecznej profilaktyce zakażeń szpitalnych.

Podkreśliła, że jest to zawód, który wymaga ogromnej wiedzy interdyscyplinarnej, a także gotowości do uczenia się przez całe życie – bowiem świat medycyny zmienia się obecnie szybciej niż kiedykolwiek.

Życząc owocnych obrad, życzyła poczucia dumy z bycia częścią środowiska, które każdego dnia stoi na straży zdrowia publicznego.



HELENA KACZOR

– PIELĘGNIARKA, NAUCZYCIELKA, DZIAŁACZKA POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO

Jolanta Kowalik

Przewodnicząca Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Centrum Pediatrycznym im. J. Korczaka we Wrocławiu, ul. Koszarowa 5
Elżbieta Garwacka-Czachor
Przewodnicząca Zarządu Oddziału PTP we Wrocławiu

Pani Helena Kaczor z domu Kaczmarek urodziła się 24 kwietnia 1937 roku w Zduńskiej Woli, a zmarła 26 maja 2025 roku we Wrocławiu. Była zastępową pielęgniarką, wieloletnią przełożoną pielęgniarek w Szpitalu Chorób Dziecięcych im. Janusza Korczaka we Wrocławiu. Swoją działalnością zawodową, dydaktyczną i społeczną przyczyniła się do rozwoju pielęgniarstwa pediatrycznego oraz kształtowania nowoczesnego modelu pracy pielęgniarki opartego na profesjonalizmie, odpowiedzialności i empatii.

Dnia 13 lipca 1956 roku ukończyła Państwową Szkołę Pielęgniarstwa w Zabrze, uzyskując tytuł pielęgniarki dyplomowanej. Zgodnie ze skierowaniem szkoły, 15 sierpnia 1956 roku rozpoczęła pracę jako pielęgniarka epidemiologiczna w Powiatowej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Prudniku. W czasie pracy ukończyła kurs instruktorów higieny w Ośrodku Szkolenia Pracowników Służby Zdrowia Sanitarno-Epidemiologicznej w Bytomiu (13 marca 1959 r.), po czym kontynuowała działalność jako instruktor higieny, prowadząc szeroko zakrojone działania profilaktyczne i edukacyjne w zakresie zdrowia publicznego.

Z dniem 30 września 1960 roku, na wniosek dyrekcji Szpitala Powiatowego w Prudniku, objęła stanowisko pielęgniarki zabiegowej w Oddziale Dziecięcym. Kolejne doświadczenia zawodowe zdobywała w poradniach dziecięcych oraz w Oddziale Ortopedii Dziecięcej w Łodzi. Po zmianie miejsca zamieszkania i zawarciu związku małżeńskiego rozpoczęła pracę w Sanatorium Kolejowym w Głuchołazach, gdzie przez osiem lat – do 17 maja 1968 roku – pełniła funkcję pielęgniarki oddziałowej.

Po krótkiej przerwie związanej z wychowaniem syna, w sierpniu 1968 roku powróciła do pracy w Szpitalu Powiatowym w Prudniku. Na prośbę Dyrekcji Liceum Medycznego w Prudniku i za zgodą zakładu pracy, z dniem 1 marca 1969 roku rozpoczęła pracę jako nauczyciel zawodu pielęgniarskiego. W celu podniesienia kwalifikacji zawodowych podjęła naukę w Studium Nauczycielskim Średnich Szkół Medycznych we Wrocławiu, które ukończyła z wyróżnieniem 18 czerwca 1973 roku, uzyskując mianowanie na stanowisko na-



Helena Kaczor

uczyciela. Uczestniczyła także w kursach doskonalących dla nauczycieli pielęgniarstwa w otwartej opiece zdrowotnej oraz w kursie rehabilitacji i pielęgnacji chorych w Instytucie Reumatologii w Warszawie.

Z dniem 1 października 1974 roku, na propozycję Dyrektora Zespołu Opieki Zdrowotnej w Miliczu, objęła stanowisko Naczelnej Pielęgniarki ZOZ. Pełniąc tę odpowiedzialną funkcję, ukończyła cykl kursów doskonalących dla naczelnich pielęgniarek w Centrum Doskonalenia Nauczycieli Średnich Kadr Medycznych w Warszawie oraz kurs kadry kierowniczej w Ośrodku Doskonalenia we Wrocławiu – oba z wynikiem bardzo dobrym.

Po przeniesieniu się do Wrocławia otrzymała propozycję pracy od Dyrekcji Szpitala Dziecięcego im. Janusza Korczaka, gdzie z dniem 1 grudnia 1978 roku objęła stanowisko przełożonej pielęgniarek. Funkcję tę pełniła z pełnym zaangażowaniem do



Helena Kaczor – Głuchołazy 1967 r.



Legitymacja nauczycielska Heleny Kaczor

końca lat 90., dając się poznać jako wymagający, ale życzliwy i inspirujący lider zespołu pielęgniarskiego. Odejście na emeryturę Pani Heleny Kaczor stanowiło symboliczne zamknięcie pewnego rozdziału w historii pielęgniarstwa w tym szpitalu, a jednocześnie

otworzyło drogę do kontynuowania jej dorobku przez kolejne pokolenia pielęgniarek.

Za swoją długoletnią, pełną oddania pracę oraz wybitny wkład w rozwój pielęgniarstwa Pani Helena Kaczor została uhonorowana licznymi odznaczeniami, w tym:

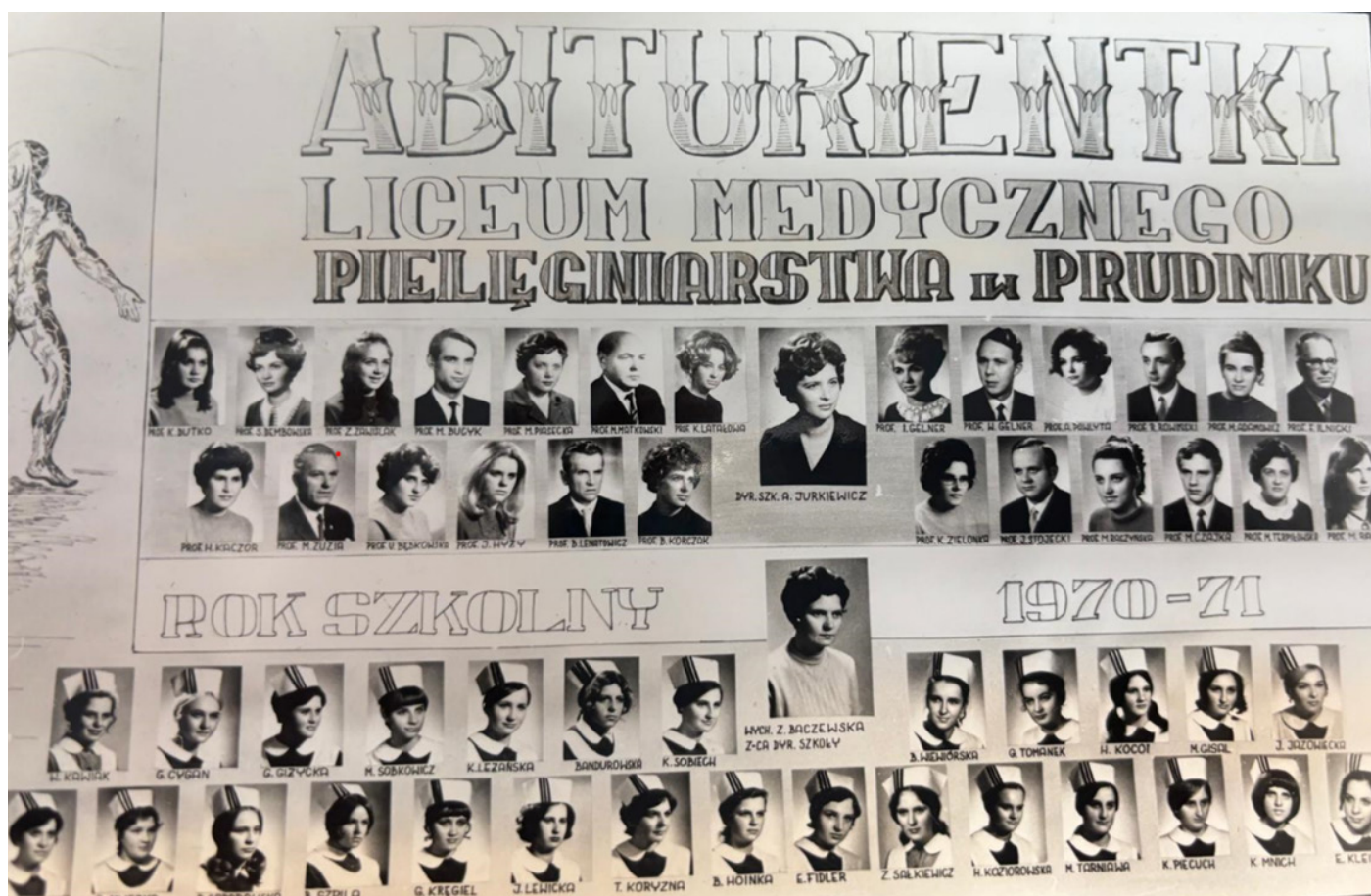
Złotą Odznaką „Zastużony dla Województwa Wrocławskiego i Miasta Wrocławia” (3 grudnia 1982 r.),

Odznaką Honorową „Za Zasługi dla Rozwoju Pielęgniarstwa” (12 maja 1985 r.), a także wieloma dyplomami uznania i podziękowaniami za osiągnięcia w pracy zawodowej, dydaktycznej i organizacyjnej.

W swojej pracy zawodowej Pani Helena Kaczor zawsze dążyła do podnoszenia poziomu wiedzy pielęgniarek, zachęcając je do samokształcenia, uczestnictwa w kursach, specjalizacjach, studiach oraz szkoleniach wewnętrznych. Szczególną uwagę zwracała na wysoki standard opieki pielęgniarskiej, kierując się zasadami Karty Praw Dziecka i Karty Praw Pacjenta. Dbała o właściwy poziom zatrudnienia, o dobre warunki pracy i płacy, a także o atmosferę wzajemnego szacunku w zespołach pielęgniarskich.

Pani Helena Kaczor przywiązywała ogromną wagę do właściwego miejsca pielęgniarki w zespole terapeutycznym, podkreślając jej niezastąpioną rolę w procesie leczenia i rehabilitacji.

Z jej inicjatywy powstały dwa prężnie działające koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego – w Zespole Opieki Zdrowotnej w Miliczu oraz w Szpitalu Dziecięcym im. Janusza Korczaka we Wrocławiu, w obu pełniła funkcję przewodniczącej.



Pamiętkowe zdjęcie uczennic i nauczycieli Liceum Medycznego w Prudniku, rok szkolny 1970/1971 – Helena Kaczor w grupie nauczycieli, pierwsza od lewej w drugim rzędzie od góry

Życie zawodowe i osobiste Pani Heleny Kaczor stanowi piękny przykład poświęcenia, pasji i profesjonalizmu. Pozostawiła po sobie trwałe ślady w historii polskiego pielęgniarstwa oraz we wspomnieniach współpracowników, wychowanków i pacjentów, którym z oddaniem służyła przez całe życie.

Źródłem informacji był syn – Artur Predel – oraz archiwum Koła i Oddziału PTP we Wrocławiu.

Zdjęcia ze zbiorów prywatnych Artura Predla.



Dyplomy dla Heleny Kaczor za działalność na rzecz PTP



Legitymacje potwierdzające uzyskane odznaczenia



Helena Kaczor z dyrektorką Szpitala Dziecięcego dr Wandą Poradowską-Jeszke podczas pożegnania z okazji przejścia na emeryturę, 1998 r.

PIELĘGNIARKA JAKO EKSPERT OD ZDROWEGO TALERZA

mgr Ewa Ledwoń - edukatorka diabetologiczna Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Opolu
wykładowca w Instytucie Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Opolski

Piramida Zdrowia (lub Piramida Żywności) to graficzny model, którego celem jest w przystępny sposób przedstawić zalecenia dotyczące prawidłowego odżywiania i stylu życia. Od czasu jej powstania, przeszła ona liczne modyfikacje, odzwierciedlające postęp wiedzy naukowej i zmieniające się potrzeby społeczeństw. Ewolucja ta pokazuje, jak z czasem skupienie przesunęło się z samych produktów spożywczych na całościowy styl życia, włączając w to aktywność fizyczną i nawodnienie.

Pierwsze tabele żywienia w USA, opublikowane przez Amerykański Departament Rolnictwa (USDA), określały standardy dietetyczne bazujące na białkach, tłuszczach i węglowodanach. W 1980 r. powstał pierwszy „Przewodnik po żywieniu dla Amerykanów” (The Dietary Guidelines for Americans) a w 1992 r. opublikowano pierwszą, powszechnie znaną Piramidę Żywności (Food Guide Pyramid).

Opublikowany model był krytykowany za zbyt duży nacisk na wszystkie produkty zbożowe, w tym przetworzone, i za brak rozróżnienia między tłuszczami zdrowymi a niezdrowymi. Nowe milenium i przełom roku 2000. W miarę narastania problemu otyłości i chorób dietozależnych, pojawiła się potrzeba włączenia do zaleceń aspektów wykraczających poza samo jedzenie. W USA (2005 r.) stworzono nową, graficznie zmienioną piramidę. Zamiast poziomych pasów, użyto pionowych, kolorowych pasów o różnej szerokości, reprezentujących grupy produktów.

Kluczowa zmiana: Wprowadzono element aktywności fizycznej, symbolizowany przez postać wchodzącą po schodach, umieszczony z boku piramidy. Harvardzka Piramida Zdrowa (2005 r.) Harvard School of Public Health. Wprowadzono model kładący większy nacisk na jakość produktów. Podstawa to aktywność fizyczną i kontrola masy ciała. Rozróżnienie tłuszczów, na szczycie znalazły się tylko tłuszcze nasycone, a u podstawy zdrowe tłuszcze roślinne.

Ważne że zalecono produkty pełnoziarniste, odróżniając je od białego pieczywa i makaronów. Włączono też zalecenie suplementacji (np. wit. D).

Polska Piramida Żywności, opracowywana przez Instytut Żywności i Żywienia (IŻŻ), a obecnie przez Narodowy Instytut



Zdrowia Publicznego – PZH (NIZP-PZH), również ewoluowała.

W 2020 roku w Polsce, jako nowocześniejsze i bardziej intuicyjne narzędzie, piramida została zastąpiona przez talerz zdrowego żywienia opracowany przez NIZP-PZH. Talerz ma wizualizować, jak powinien wyglądać jeden zbilansowany posiłek, ułatwiając komponowanie codziennej diety.

Warzywa i owoce zajmują połowę talerza. Produkty Zbożowe (najlepiej pełnoziarniste): Zajmują 1/4 talerza. Źródła Białka (mięso, ryby, jaja, nasiona roślin strączkowych). Nadal kluczowa jest Aktywność Fizyczna i odpowiednie nawodnienie.

Główna zmiana w podejściu do zdrowia, widoczna w ewolucji piramid i przejściu na talerz, polega na włączeniu Aktywności Fizycznej jako fundamentalnego elementu zdrowego stylu życia. Podkreśleniu roli warzyw i owoców (zwłaszcza warzyw) jako podstawy diety. Akcentowaniu jakości produktów (np. pełnoziarniste zamiast rafinowa-

nych, zdrowe tłuszcze zamiast nasyconych).

Pielęgniarka nauczania i wychowania (pielęgniarka szkolna) to kluczowy promotor zdrowia w placówce edukacyjnej. Jej unikalna pozycja, łącząca wiedzę medyczną z bliskością codziennego życia szkolnego, czyni ją idealną osobą do omówienia Zasad Zdrowego Talerza (opracowanych przez NIZP-PZH) w sposób przystępny, autorytatywny i angażujący.

Pielęgniarka musi zawsze podkreślać, że zasady talerza są uniwersalne, ale potrzeby każdego organizmu są nieco inne (zależne od wieku, wzrostu, aktywności i stanu zdrowia). Małe kroki, duże zmiany: Zamiast sugerować rewolucję, pielęgniarka powinna zachęcać do wprowadzenia jednej małej, pozytywnej zmiany tygodniowo np. „Dziś zamienię batonika na orzechy”. Współpraca ze stołówką pozwoli wykorzystać swoją wiedzę, by wpływać na menu szkolnej stołówki, promując menu oparte na zasadach Talerza Zdrowia.



Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy,

*W imieniu Wrocławskiego Oddziału PTP
życzę Wam pięknych i spokojnych
Świąt Bożego Narodzenia.*

*Niech troski ustąpią miejsca uśmiechowi,
a nadchodzące dni otulą Was skrzydłami
życzliwości i ciepła.*

*Z serdecznościami
Elżbieta Garwacka-Czachor Przewodnicząca
Oddziału PTP we Wrocławiu*

ZACZEPEK ETYCZNY

O PIERZASTEJ BEZMYŚLNOŚCI

dr hab. Jarosław Barański - etyk, filozof,
kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

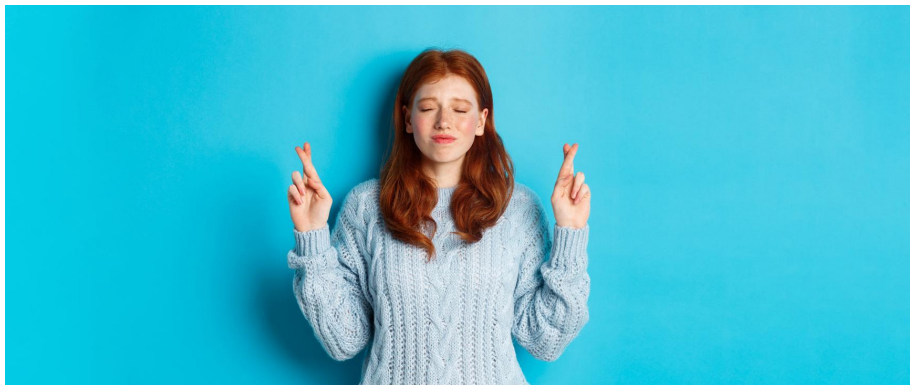
Cyprian Kamil Norwid napisał kiedyś: „Niewolnicy wszędzie i zawsze niewolnikami będą – daj im skrzydła u ramion, a zamiatać pójdą ulice skrzydłami”. Trudno w to uwierzyć, jak wolność może być sponiewierana. Cóż wtedy usłużni dziennikarze uczynią? Zakrzykną pospół: „Czystość wreszcie na ulicach widnieje!”.

Czesław Miłosz w „Umyśle zniewolonym” przywołał wizję Witkacego z „Nienasyceńca” o światopoglądzie rodzącym się po zażyciu pigułki Murti-Binga: „Człowiek, który zażył pigułki Murti-Binga, zmienił się zupełnie, zyskiwał pogodę i szczęście. Zagadnienia, z którymi dotychczas się borykał, nagle przedstawiały mu się jako pozorne i niegodne troski”. Nie coraz bardziej nieobecna wolność słowa lub porzucenie w kącie innych imponderabiliów budzą niepokój – po pigułce nic nie zmąci poczucia błogości i słuszności w jedyne prawdy. Dlaczego sięga się więc po te pigułki? Miłosz odpowiada: sięgają po nie ci, których dręczy strach przed myśleniem na własny rachunek, strach przed jałowością własnej myśli. Witkacy dodaje: pigułki te to „jedyne narkotyki, który was wybawi od was samych”.

Poprądamy przejrzystości, pewności, jednoznaczności, która sprawi, że odczujemy kontrolę nad własnym życiem w poczuciu bezpieczeństwa. Tylko wtedy jasność będzie nam dana. Dziś takich pigułek, które oddziaływałyby światopoglądowo nie ma i pewnie nie będzie, choć pragnienie ich zastosowania jest potężne. Lecz przecież istnieje telewizja, która stara się gorliwie zastąpić nam metafizykę. Ma ona magiczną moc: uwzniośli każdą myślową pustkę, użyźni każdą jałową refleksję i zmysłową wykładnię usunie lęk przed wyborem. Usłużni dziennikarze, jak kapłani nowej religii, odprawią rytuały magiczne, zasiewając w nas szczęście lekkiej, by nie powiedzieć: pierzastej, bezmyślności.

Toteż milkinie krytyka i refleksja, żadnych pojęć – jedynie obrazy i emocje. Żadnej oceny moralnej, która jawi się dziś tylko jako hejt, wymagający nadto cenzurowania. A jest różnica między nimi – wielka tajemnica: oceny są uzasadnione, hejt nigdy. Dlatego ze zdziwieniem niektórzy przyjmują istnienie komisji etycznych. I Norwid o „piórach” raz jeszcze w „Cenzorze-krytyku”:

*„Noszą pióra na głowach dzicy –
Takie też jest i twoje pióro,
Skoro nie wiesz nawet różnicy
Między Krytyką a Cenzurą”.*



A wtedy, w braku różnicy, myślozbrodnią stanie się każda wątpliwość, zawahanie, opóźnienie w zachwycie. Zdradzi nas również twarozbrodnia: „W każdym razie niewłaściwy wyraz twarzy (dajmy na to, niedowierzanie, kiedy ogłaszano zwycięstwo) sam w sobie stanowił karalne przestępstwo”. Kiedy temu ulegniemy, staniemy się prolami, od których – pisze George Orwell w „1984” – wymagało się „jedyne prymitywnego patriotyzmu, do którego można się było odwołać, gdy zachodziła potrzeba wydłużenia godzin pracy lub zmniejszenia niezadowolonych. Nawet kiedy wyrażali niezadowolenie, co czasem się zdarzało, do niczego to nie prowadziło, bowiem nie posiadając żadnej świadomości politycznej, skupiali się na pojedynczych, nieistotnych dokuczliwościach. Ogólniejsze zło niezmiennie im umykało”.

„Dobrze ugruntowana teoria, zdolna dać siłę i logiczną spójność programom aktywującym postęp” – tego nam brakuje, pisze Gianni Vattimo. Tej teorii, która podda się krytyce po to, aby odstąpić swoje uzasadnienia, przestanki i źródła. Wizją społeczną nie są błyskotliwe zwroty retoryczne oraz kąśliwe plotki czy uszczypliwości w memach. Narażają się one jedynie na hejt, bo nie ma o czym dyskutować. Lecz w dobie walki nie ma miejsca na dyskusję, ani na debatę społeczną. Już to przeżywalimy, pisał Miłosz o zniewoleniu: „W demokracjach ludowych walka toczy się o władzę duchową. Należy doprowadzić człowieka do tego, aby zrozumiał. Kiedy zrozumie, zaakceptuje. Kim są wrogowie nowego ustroju? Są to ci, którzy nie rozumieją. Nie rozumieją albo dlatego, że ich umysł pracuje za słabo, albo dlatego, że pracuje źle”. Trzeba wtedy nasilić spektakle słusznych racji, widowiska namiętności, oby nie ze sloganami, jak u Orwella: „wojna to pokój, wolność to niewola, ignorancja to siła”.

Zadziwiające jest to, że ulotniła się nam historia. I nie chodzi tutaj o wspomnienia (te mamy z wakacji), lecz o pamięć, która jest częścią naszej tożsamości i wiedzą o cierpieniach, które nie powinny nam się już nigdy zdarzyć. Bezczasowość i niepamięć są zagrożeniem: ci, którzy sztydzą z pamięci, drwią z czyhających niebezpieczeństw. Ci, którzy myślą, że przeszłość jest jedynie muzeum, nawet nie zauważą, kiedy tam trafią. O to chodziło zaborcom, abyśmy nie pamiętali, abyśmy nie mieli łączności z tymi, dzięki którym jesteśmy. I jeszcze Orwell: „Wszystko rozpytało się we mgłę. Przeszłość wymazywano, akt wymazywania szedł w zapomnienie i kłamstwo stawało się prawdą”.

Jeśli zamilkła przeszłość, to przyszłość pozostaje tajemna – to tylko bajdy, fantazje, a nie prognozy. I nie jest to apel o uświęcenie tradycji, bo ta potrafi zwyrodnąć w ślepa ideologię, zgodnie z Theodorem Adorno, „która delektuje się przeszłością, aby nic nie zmieniło się w teraźniejszości, chyba, że zmianę przyniesie narastające skrępowanie i skostnienie”. Tradycja może być kamuflażem teraźniejszości – trucizną pamięci, gdy bywa reprodukcją wytartych klisz, coraz słabszą i coraz bardziej wyjątkową z sensu kopią mijającego. Dlatego potrzebujemy projektu społecznego i jego teorii, abyśmy wypracowali najsprawiedliwsze rozwiązania. Kiedy poprawiamy (lub w nowomowie: doskonalimy, optymalizujemy) to, co jest, nie chcący stajemy się tradycjonalistami, przed którymi przyszłość umknęła. Tylko troska i szczerść zaślubi nas z przyszłością.

Pisał Miłosz o czasach powojennych: „Łoże małżeńskie na zaślubiny rządu z narodem było przybrane w narodowe godła i flagi, ale spod łożka wystawały buty enkawudzisty”. Czy dziś zaglądamy pod te łoża? A jeśli okaże się, że wystają tam buciory, to czyje są?

www.doipip.wroc.pl

Ogłoszenie o XL Okręgowym Zjeździe Delegatów Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

- **data:** 14 marca 2026 r. (sobota)
- **miejsce:** Q Hotel Plus Wrocław przy ul. Zaolziańskiej 2.
- **godzina:** 9.00

Materiały zjazdowe zostaną przesłane w lutym 2026 r.

Obecność Delegata na Zjeździe jest obowiązkowa



**OŚRODEK PROFILAKTYKI
I LECZNICTWA WOJNÓW Sp. z o.o.**

Zatrudnimy:

PIELĘGNIARKĘ/PIELĘGNIARZA POZ

Wymagamy:

- Aktualne prawo wykonywania zawodu
- Umiejętność obsługi komputera
- Umiejętność pracy w zespole

Mile widziane kursy specjalizacyjne w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego/ szczepień ochronnych lub chęć ich podjęcia.

Oferujemy:

- Korzystne warunki zatrudnienia
- Gwarancję stabilności warunków wynagrodzenia i zatrudnienia
- Możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych
- Atrakcyjną pracę w przyjaznej atmosferze w nowym budownictwie

Zainteresowane osoby proszone są o kontakt pod numerem telefonu: 697 514 440

**Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznego Chorych w Lubiążu,
ul. Mickiewicza 1, 56-100 Wołów**

zatrudni w ramach umowy o pracę osobę na stanowisko:

PIELĘGNIARKA/PIELĘGNIARZ

Wymiar czasu pracy: 1 etat

Zakres obowiązków:

Do głównych obowiązków osoby zatrudnionej na stanowisko pielęgniarki/pielęgniara w oddziale psychiatrycznym należeć będzie:

- sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi,
- udzielanie wsparcia emocjonalnego pacjentom i ich rodzinom,
- współpraca z zespołem terapeutycznym,
- prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- podawanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza,
- udział w działaniach mających na celu poprawę jakości opieki i bezpieczeństwa pacjentów.

Wymagania:

- wykształcenie kierunkowe min. średnie medyczne – mile widziane ukończone studia licencjackie bądź magisterskie na kierunku pielęgniarstwo,
- aktualne prawo wykonywania zawodu,
- mile widziane ukończony kurs specjalistyczny z zakresu pielęgniarstwa psychiatrycznego,
- mile widziane doświadczenie w pracy na oddziale psychiatrycznym,
- umiejętność pracy w zespole,
- empatia, opanowanie i wysoka kultura osobista,
- gotowość do pracy zmianowej.

Wymagania kwalifikacyjne kandydata zgodne z warunkami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Wymagane dokumenty:

- CV zawierające m.in. przebieg pracy zawodowej wraz z klauzulą „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji przez Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznego Chorych w Lubiążu, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.”,
- podanie o przyjęcie na stanowisko Pielęgniarka/Pielęgniarz,
- dokumenty stwierdzające kwalifikacje zawodowe wymagane do zajmowania stanowiska Pielęgniarka/Pielęgniarz,
- oświadczenie kandydata o braku prawomocnie orzeczonego wobec niego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska,

Kontakt:

Osoby zainteresowane prosimy, aby wymagane dokumenty przestać
na adres e-mail: lubszpital@onet.pl
lub na adres: Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznego Chorych w Lubiążu,
ul. Mickiewicza 1, 56-100 Wołów,
z dopiskiem
„Szekcja Służby Pracowniczych - rekrutacja na stanowisko Pielęgniarka/Pielęgniarz”.

Dodatkowe informacje o prowadzonym naborze można uzyskać pod numerem
tel. 71 389-71-13 wew. 309

„Ludzie to zawsze dzieci swoich matek. Bez matki nie ma poety, nie ma bohatera.”

Maksym Gorki

Naszej Koleżance

PAULINIE STATKIEWICZ- KOSTYRA

i Jej Rodzinie

najszczerze wyrazy współczucia

z powodu śmierci

MAMY

składa Dyrekcja, Koleżanki, Koledzy

oraz Współpracownicy

Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii

i Hematologii

„Śmierć zawsze przychodzi za szybko
- pozostawia smutek i wspomnienia”

Naszej Koleżance

DOROCIE NOWAK

oraz jej Rodzinie

wyrazy głębokiego współczucia

oraz słowa wsparcia i otuchy

z powodu śmierci Męża

składają:

Pracownicy Bloku Operacyjnego Milickiego Centrum

Medycznego sp. z o.o. w Miliczu

„ Umarłych wieczność dotąd trwa , dokąd pamięcią im się płaci”
Wisława Szymborska

Koleżance

MAŁGORZACIE FRĄCKOWIAK

wyrazy głębokiego współczucia

oraz słowa wsparcia z powodu śmierci bliskiej osoby

składają Pielęgniarka Naczelna, K

„Każdą inną ludzką miłość trzeba zdobywać, trzeba na nią zasługiwać pokonując stojące na jej drodze przeszkody, tylko miłość matki ma się bez zdobywania i bez zasług.”

– Herman Auerbach

Naszej Koleżance

PAULINIE STATKIEWICZ- KOSTYRA

i Jej Rodzinie

najszczerze wyrazy współczucia

z powodu śmierci

MAMY

składają

Koleżanki, Koledzy oraz Współpracownicy

Bloków Operacyjnych

Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii

i Hematologii

Słowa wsparcia i otuchy dla naszej koleżanki

EWY NOWAK

z powodu śmierci TATY

Proszę, przyjmij nasze najgłębsze wyrazy współczucia w tym trudnym czasie. Nasze myśli i modlitwy są z Tobą i z twoją Rodziną. Mamy nadzieję, że wspomnienia, które masz ze swoim TATĄ pocieszą Cię w tej chwili bólu i straty. Wiemy, że jest to dla Ciebie bardzo trudny okres, dlatego oferujemy Ci nasze wsparcie w każdy możliwy sposób.

Koleżanki pielęgniarki z IPP WSS im J. Gromkowskiego
we Wrocławiu

BEZPŁATNE SZKOLENIA



15 328

pielęgniarek,
pielęgniarzy
i położnych



• Kursy

- ✓ kwalifikacyjne
- ✓ uzupełniający z zakresu pielęgniarstwa dla położnych
- ✓ specjalistyczne
- ✓ doksztalcające

Dowiedz się więcej



www.nipip.pl

• Platforma e-learningowa

Obserwuj nas



naczelnaipip

NaczelnaIzbaPielęgniarekiPoloznych

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pory 78/10, 02-757 Warszawa

☎ 22 327 61 61

✉ nipip@nipip.pl

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych realizuje projekt „Wsparcie kształcenia pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych w Polsce” FERS.01.12-IP.07-0001/25)

Projekt jest realizowany w ramach programu **Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027**, współfinansowanego ze środków **Europejskiego Funduszu Społecznego Plus**.



Fundusze Europejskie
dla Rozwoju Społecznego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



NACZELNA IZBA
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH