

O NAS DLA NAS

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁYMSTOKU

W tym wydaniu:

Samorząd to MY

■ Wydarzenia, decyzje, szkolenia.
Zestawienie najważniejszych
aktywności OIPiP

■ Zanim zaczniesz szukać pracy.
Krok pierwszy – PWZ!
Koniecznie sprawdź, jak uzyskać
prawo wykonywania zawodu

Praktyka zawodowa

■ Nie tylko w kalendarzu
pielęgniarki i położnej
– święta, które przypominają
o problemach związanych
ze zdrowiem

■ Placebo nie tylko
w badaniach klinicznych
– dylematy prawne i etyczne

■ Ewolucja karmienia piersią
– co się zmieniło od czasów
prehistorycznych
do nowożytnych.
Ciekawe wyniki badań
archeologicznych

Perspektywy i rozwój zawodowy

■ Kompetencje cyfrowe
jako nowy fundament pracy
pielęgniarek i położnych



O NAS DLA NAS

**Informator Okręgowej Izby Pielęgniarek
i Położnych w Białymstoku**

Wydawca

OIPiP w Białymstoku
ul. Marii Curie-Skłodowskiej 12/19
15-097 Białystok
e-mail: izba@oipip.bialystok.pl
tel. 510 835 623

Zespół redakcyjno-promocyjny

dr n. med. Beata Janina Olejnik,
redaktor naczelna
mgr pielęgniarstwa Dorota Rodziewicz,
sekretnarz redakcji
dr n. med. Anna Baranowska
redaktor prowadząca
mgr pielęgniarstwa Katarzyna Marta Malibo
mgr pielęgniarstwa Elżbieta Wasilko
mgr pielęgniarstwa Elżbieta Waluk
dr n. med. Anna Sienkiewicz

mgr pielęgniarstwa Katarzyna

Dziewiątkowska-Wigda

Social Media

mgr pielęgniarstwa Weronika Puchalska
Social Media

Opracowanie graficzne i skład

emildruk.pl

**Informator ukazuje się wyłącznie w formie
elektronicznej – do pobrania ze strony
internetowej www.oipip.bialystok.pl**

Zapraszamy do grona autorów

- Artykuł powinien być podpisany imieniem i nazwiskiem autora, prosimy o podanie tytułu naukowego i miejsca pracy i danych do kontaktu, np. numer telefonu, adres e-mail.
- Objętość artykułu nie powinna przekraczać 8 tysięcy znaków ze spacjami.
- Fotografie, ryciny, tabele prosimy przesyłać w osobnym pliku.
- Artykuł prosimy zapisać w programie Word for Windows i przesłać na adres redakcja@oipip.bialystok.pl
- Artykuł nie powinien być wcześniej publikowany.
- Redakcja nie zwraca materiałów niezamówionych, a także zastrzega sobie prawo do redagowania i skracania nadesłanych artykułów i listów.

**Wykorzystywanie części i całości tekstów bez
pismennego zezwolenia jest zabronione.**

**Wydawca nie ponosi odpowiedzialności
za treści ogłoszeń i konsekwencje opinii
wyrażonych przez autorów.**

Spis treści

Samorząd to MY. OIPiP w Białymstoku

- 4** Dyplom w dłoni i co dalej? PWZ krok po kroku
- 5** Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Gdzie nas znajdziesz
- 6** Kartki z kalendarza. Wydarzenia, spotkania, szkolenia, czyli najistotniejsze aktywności OIPiP w Białymstoku
- 7** Dni związane ze zdrowiem

Prewencja wykroczeń zawodowych

- 9** Czy stosowanie placebo jest etyczne. Prawo w praktyce

Praktyka zawodowa

- 10** Ewolucja karmienia piersią. Jak kultura i społeczeństwo kształtowały laktację
- 16** Cyfrowa pielęgniarka i położna. Kompetencje cyfrowe jako nowy fundament pracy pielęgniarek i położnych



Beata Janina Olejnik

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Szanowni Państwo

Gdy oddajemy do Waszych rąk 35. już numer „O NAS DLA NAS”, lato praktycznie dobiega końca. Czas wytechnienia od codziennych obowiązków za nami. Mam jednak nadzieję, że udało się Wam odpocząć i zregenerować siły – w naszych zawodach to niezwykle ważne ze względu na tempo pracy i ciężar odpowiedzialności za życie i zdrowie drugiego człowieka.

Zapraszając Was do lektury bieżącego numeru biuletynu, chciałabym szczególnie polecić Waszej uwadze dwa ciekawe artykuły. Pierwszy wskazuje, jak wiele jest świąt związanych tematycznie ze zdrowiem i uzmysławia wszystkim, jak gigantyczne znaczenie ma edukacja zdrowotna. Nie kończy się ona na przekazaniu informacji. To proces, który wymaga przede wszystkim skutecznej komunikacji – materiały z tego zakresu znajdziecie w kolejnych wydaniach biuletynu. Ciekawym wsparciem edukacyjnym mogą okazać się święta związane z problematyką zdrowotną – chodzi tu o dni w kalendarzu, które wskazują wydarzenia promujące wiedzę z tego zakresu. Zajrzyjmy zatem wspólnie na strony lipcowe i sierpniowe... Czy wiecie, kiedy obchodzimy Światowy Dzień

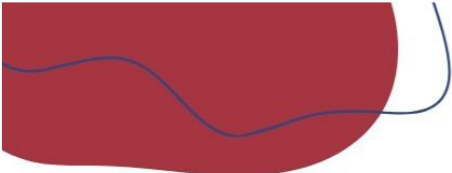
Wirusowego Zapalenia Wątroby, Europejski Dzień Ofiar Globalnego Kryzysu Klimatycznego lub Międzynarodowy Dzień Samoopieki/Samoleczenia? Dowiedzie się tego z tekstu mgr Zuzanny Jabłońskiej, która angażuje się w pracę Komisji Historycznej, działającej przy OIPiP w Białymstoku.

W kontekście edukacji zdrowotnej ogromne znaczenie ma promocja karmienia piersią, będącego jednym z najstarszych i najbardziej naturalnych sposobów zaspokajania potrzeb żywieniowych noworodków. Z artykułu dr n. med. Anny Sienkiewicz dowiadujemy się, że badania archeologiczne wskazują, jakie czynniki miały wpływ na czas i strategię karmienia piersią w ubiegłych stuleciach. Czynniki te mają swoje korzenie w historii, kulturze oraz... normach społecznych. W wielu kulturach karmienie piersią jest postrzegane jako naturalny i oczekiwany obowiązek. Badania potwierdzają, że tam, gdzie istnieje silne wsparcie ze strony rodziny czy społeczności oraz personelu medycznego, kobiety często decydują się na dłuższe karmienie piersią.

Z drugiej strony zmiany w stylu życia, urbanizacja oraz rosnąca liczba kobiet pracujących zawodowo mogą prowadzić do skrócenia czasu karmie-

nia piersią. W miastach, gdzie matki są bardziej zaangażowane w życie zawodowe, karmienie piersią może stać się mniej praktyczne, co wpływa na decyzje laktacyjne. Co ciekawe, te schematy nie zmieniają się na przestrzeni dziejów. Sięgnijmy np. do starożytności. Rzymskie matki karmiły swoje dzieci, ale – podobnie jak w Grecji – w wyższych klasach społecznych istniała tendencja do zatrudniania karmielek. Zamożne arystokratki często delegowały obowiązki karmienia, co było postrzegane jako oznaka statusu i pozwalało im na angażowanie się w życie towarzyskie czy polityczne. Niestety, w ciągu kolejnych wieków dostrzeżono, że dzieci karmione przez mamki miały gorsze wyniki zdrowotne w porównaniu do tych karmionych przez własne matki.

Wykorzystajmy fakt, że wiedza na temat korzyści zdrowotnych płynących z karmienia piersią zarówno dla matki, jak i dziecka, może motywować kobiety do kontynuacji laktacji. Naprawdę wiele od nas zależy – badania opinii publicznej regularnie plasują pielęgniarki, położne na czele w rankingach zawodów, którym Polacy najbardziej ufają – wyniki oscylują wokół 71–72%. To powód do dumy, ale też ogromne wyzwanie!



Studenci pielęgniarstwa i położnictwa!

Dyplom w dłoni i co dalej?

Zanim złożysz CV do swojej pierwszej pracy,
udaj się do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych,
żeby uzyskać Prawo Wykonywania Zawodu.

Pamiętaj, że powinna to być Izba właściwa ze względu na
miejsce wykonywania zawodu.

Bez tego nie możesz podjąć zatrudnienia!

Wejdź na stronę internetową naszej OIPiP w Białymstoku,
w zakładkę Prawo Wykonywania Zawodu
i pobierz niezbędny wniosek.



510 835 623



ul. M. Curie -
Skłodowskiej 12/19
Klatka II
15-097 Białystok



izba@oipip.bialystok.pl

poniedziałek 7:30-15:30
wtorek 7:30-15:30
środa 10:00-18:00
czwartek 7:30-15:30
piątek 7:30-15:30



BIURO Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

ul. M. Curie-Skłodowskiej 12/19, klatka II, 15-097 Białystok



PRZEWODNICZĄCA

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Beata Janina Olejnik

tel. 505 854 995

e-mail: b.olejnik@oipip.bialystok.pl

SEKRETARZ

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Dorota Rodziewicz

tel. 500 017 005

e-mail: d.rodziewicz@oipip.bialystok.pl

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Agata Panas

tel. 696 674 190

e-mail: oroz@oipip.bialystok.pl

OROZ pełni dyżur w OIPiP w Białymstoku:

w 2 i 4 środę miesiąca

w godzinach: 15:00 – 17:00

SKARBNIK

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

Elżbieta Waluk

e-mail: e.waluk@oipip.bialystok.pl

SEKRETARIAT BIURA

Alina Klimczuk

tel. 510 835 623

e-mail: izba@oipip.bialystok.pl

Elektroniczna skrzynka podawcza: /oipip_bialystok/SkrytkaESP

Adres e-doręczeń: AE:PL-96306-90843-SVUEE-34

REJESTR PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Uznawanie kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych

Ośrodek Informacyjno-Edukacyjny

Biuletyn Informacji Publicznej

System IMI

(Internal Market Information System)

Katarzyna Rymarczyk

tel. 780 598 527

e-mail: k.rymarczyk@oipip.bialystok.pl

Godziny pracy biura

poniedziałek	7:30 – 15:30
wtorek	7:30 – 15:30
środa	10:00 – 18:00
czwartek	7:30 – 15:30
piątek	7:30 – 15:30

DZIAŁALNOŚĆ MERYTORYCZNA

Rejestr podmiotów wykonujących

działalność leczniczą

Przeszkolenia po ponad 5-letniej przerwie w wykonywaniu zawodu

Biblioteka

Istnieje możliwość zamówienia książek telefonicznie i odbiór w godzinach pracy biura OIPiP

IBUK Libra

Obsługa SMK System Monitorowania

Kształcenia Pracowników Medycznych

Dorota Rojsza

tel. 690 537 891

e-mail: d.rojsza@oipip.bialystok.pl

każdy pierwszy wtorek miesiąca

praca w terenie (kontrola)

KSIEGOWOŚĆ

Biuro Rachunkowe Anna Zubrycka

ul. Józefa Marjańskiego 3/204,

15-004 Białystok

tel. 85 676 52 59

DZIAŁ FINANSOWO KADROWY

Alina Packiewicz

tel. kom. 786 972 094

RADCA PRAWNY

Dariusz Prokopowicz

tel. 510 835 668

Udziela członkom OIPiP w Białymstoku

porad prawnych, dotyczących wykonywania

zawodu pielęgniarki i położnej:

w każdy poniedziałek w godz. 12-15 – osobiście

w siedzibie OIPiP (po uprzednim uzgodnieniu

z sekretariatem tel. 510 835 668

od wtorku do piątku w godz. 9-15

INSPEKTOR DANYCH OSOBOWYCH

tel. 510 835 668

e-mail: ido@oipip.bialystok.pl

Numer konta:

PKO Bank Polski S.A. I O/Białystok

21 1020 1332 0000 1702 0026 1180

Kartki z kalendarza

Najistotniejsze aktywności OIPiP w Białymstoku.

Autor tekstu: mgr pielęgniarstwa Dorota Rodziewicz, sekretarz ORPiP

od 22 lipca do 11 sierpnia 2026 r.

22.07.2026 r.

Uroczyste otwarcie Zakładu Opieki Długoterminowej w SPZOZ w Hajnówce, w którym będzie funkcjonować Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy i Zakład Opiekuńczo-Lecznicy. W tym wydarzeniu uczestniczyła Beata Janina Olejnik, Przewodnicząca ORPiP.

27.07.2026 r.

Spotkanie 4: Zespół, który mówi jednym głosem z cyklu szkoleń pt. „Komunikacja interpersonalna i zarządzanie zespołem dla kadry kierowniczej pielęgniarstwa i położniczej”. Szkolenie to – przeprowadzone przez trenerkę Monikę Gołaszewską w SPZOZ w Łapach – zgromadziło 7 pielęgniarek i położnych oddziałowych.

31.07.2026 r.

Egzamin końcowy kursu specjalistycznego Podstawy opieki paliatywnej dla pielęgniarek, który zorganizowała białostocka OIPiP w SP ZOZ w Hajnówce.

07.08.2026 r.

Egzamin końcowy kursu specjalistycznego Ordynowanie leków i wypisywanie recept cz. I dla pielęgniarek i położnych. Został on zorganizowany przez OIPiP w Białymstoku.

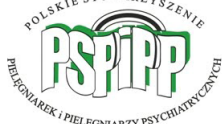
10.08.2026 r.

Posiedzenie Komisji ds. Pomocy Socjalnej w OIPiP w Białymstoku. Przyznano zapomogi z powodu trudnych sytuacji losowych 3 członkom naszego samorządu OIPiP w Białymstoku.

11.08.2026 r.

Posiedzenie Komisji ds. Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego w OIPiP w Białymstoku. Dofinansowano udział:

- w szkoleniu specjalizacyjnym 4 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- w kursie kwalifikacyjnym 2 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku,
- w kursie specjalistycznym 1 członkowi samorządu OIPiP w Białymstoku,
- w innych formach kształcenia 2 członkom samorządu OIPiP w Białymstoku.



Doroczna konferencja Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Pielęgniarzy Psychiatrycznych odbędzie się w dniach 24 i 25.09.2026 w Hotelu Knieja, Al. Niepodległości 6 w Supraślu.

Komitet naukowy: dr n. med. Nadzieja Sołowiej, dr n. o zdr. Damian Czarnecki, dr n. o zdr. Bożena Kosińska

Komitet organizacyjny: dr n. med. Nadzieja Sołowiej, dr n. o zdr. Bożena Kosińska, mgr piel. Anna Kamińska

XI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa „Pielęgniarstwo psychiatryczne – integracja, rozwój, przyszłość”

link do rejestracji:

<https://forms.gle/nnZ8eamKHqHgo6Cj6>

Udział czynny w konferencji bezpłatny.

Udział bierny - 450 zł. (opłata konferencyjna obejmuje: materiały konferencyjne, 2 dni obiad i catering kawowy).

Imprezy towarzyszące: Uroczysta kolacja - dodatkowo płatne 230 zł.

Rezerwacja noclegów w Hotelu Knieja pod numerem (085) 710-83-94.

Zwiedzanie Muzeum Ikon, Szwedaczki Supraskie - atrakcje dla chętnych, dodatkowo płatne.

DNI ZWIĄZANE ZE ZDROWIEM

Sierpień to kolejny wakacyjny miesiąc. Większość z nas jest na urlopie i trochę „w innym świecie”, odpoczywając od codzienności. Jednak kilka poniższych dat przypomina nam o ważnych problemach związanych ze zdrowiem.

Autorki: mgr Zuzanna Jabłońska – Członek Komisji Historycznej działającej przy OIPiP w Białymstoku

Jedno z ważniejszych wydarzeń związanych ze zdrowiem, które kojarzy niemal każdy z nas to Światowy Dzień Zdrowia (7 kwietnia) czy choćby Międzynarodowy Dzień Walki z Rakiem (4 lutego). Ale każdy miesiąc przynosi wydarzenia promujące znaczenia profilaktyki. Zajrzyjmy do kalendarza, by poszukać najważniejszych świąt w okresie letnim.

**11 LIPCA****ŚWIATOWY DZIEŃ LUDNOŚCI**

Jest to święto ustanowione w roku 1989 przez Zgromadzenie Ogólne ONZ z inicjatywy Rady Zarządzającej UNDP (Programu Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju). Obchody przypadają w rocznicę tzw. Dnia Pięciu Miliardów, kiedy to 11 lipca 1987 r. liczba ludności na świecie osiągnęła właśnie taką wartość.

W coroczną organizację wydarzenia zaangażowany jest Fundusz Ludnościowy Narodów Zjednoczonych (UNFPA), a uroczystości mają na celu nakierowanie uwagi opinii publicznej na istotność problemów populacyjnych. Stanowią one okazję do dyskusji na temat możliwości zrównoważonego rozwoju oraz prognozowania spraw związanych z sytuacją gospodarczą i społeczną. Poruszane kwestie obejmują np. przyrost ludności, średnią długość życia, globalną dzietność i śmiertelność, zdrowie reprodukcyjne, równość płci, prawa człowieka, różnicowanie demograficzne, urbanizację, migrację ludności, styl i jakość życia, dostęp do edukacji, opiekę zdrowotną, politykę żywieniową, ochronę środowiska, zmiany klimatyczne czy racjonalną eksploatację zasobów naturalnych. Święto to służy podnoszeniu świadomości na temat problemów ludnościowych, ich konsekwencji oraz możliwych rozwiązań. Mobilizuje też organizacje pozarządowe, instytucje i różne grupy społeczne do wprowadzania zmian oraz refleksji nad zapewnieniem każdemu lepszej przyszłości.

Każdego roku obchodom Światowego Dnia Ludności towarzyszy inny motyw, który zostaje wskazany w związku z aktualnymi potrzebami i wyzwaniami społecznymi, które wymagają natychmiastowej uwagi oraz działania. W 2026 roku brzmi on następująco: „Realizacja nadziei i aspiracji młodych ludzi – dziś i w przyszłości”.

**15 LIPCA****EUROPEJSKI DZIEŃ OFIAR GLOBALNEGO KRYZYSU KLIMATYCZNEGO**

W wyniku wspólnej deklaracji Parlamentu Europejskiego, Rady i Komisji Europejskiej, w 2023 roku ustanowiony został dzień poświęcony upamiętnieniu osób, które straciły zdrowie lub życie w konsekwencji ekstremalnych zjawisk pogodowych. Powodem wyboru właśnie tej daty były wydarzenia z 15 lipca 2021 r., gdy obfite i gwałtowne opady deszczu wywołały ogromną powódź głównie w Belgii oraz zachodniej części Niemiec i przyczyniły się do śmierci ponad 200 mieszkańców.

Anomalie pogodowe są zdarzeniami coraz częstszymi, bardziej intensywnymi i będącymi bezpośrednią konsekwencją zmian klimatu. Oprócz powodzi zaliczyć do nich można również m.in. wichury, silne burze, deszcze nawalne, pożary, fale upałów i zimna, susze czy smog. Do czterech głównych zagrożeń klimatycznych w Europie, stanowiących ryzyko zdrowotne, należą ekstremalne temperatury, choroby przenoszone przez wodę i żywność, schorzenia przenoszone przez małe organizmy (np. komary, kleszcze, pchły) oraz powodzie rzeczne i przybrzeżne. Mimo generalnie rozwiniętej infrastruktury państw europejskich, skutki klęsk żywiołowych potrafią być dramatyczne, zaś szczególnie narażone są kraje o mniejszych zasobach finansowych, technologicznych lub organizacyjnych, co utrudnia ochronę ich społeczności.

Europejski Dzień Ofiar Globalnego

Kryzysu Klimatycznego to nie tylko okazja do uhonorowania poszkodowanych, ale też zwiększania świadomości na temat zarządzania ryzykiem klimatycznym i zapobiegania katastrofom naturalnym. Działania powinny być ukierunkowane na przeciwdziałanie zjawiskom ekstremalnym, rozwijanie strategii reagowania na nie oraz redukcję skutków zmian klimatu.

**22 LIPCA****ŚWIATOWY DZIEŃ MÓZGU**

Święto to zostało powołane podczas Międzynarodowego Kongresu Neurologicznego w Brukseli jako upamiętnienie założenia Światowej Federacji Neurologii w roku 1975. Głównym zamierzeniem tej inicjatywy było skierowanie uwagi publicznej na narastające wyzwania związane z funkcjonowaniem mózgu, które stanowią jedno z największych i najbardziej powszechnych zagrożeń zdrowotnych.

Do najczęstszych chorób mózgu zalicza się zaburzenia neurodegeneracyjne (np. choroba Alzheimera, demencja, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, stwardnienie zanikowe boczne), naczyniowe (np. udar, tętniak, krwotok podpajęczynówkowy, zapalenie mózgu, encefalopatia nadciśnieniowa), nowotwory (np. oponiaki, gglejaki), choroby psychiczne (np. zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości, schizofrenia, uzależnienia) oraz inne dolegliwości neurologiczne (np. migrena, epilepsja). Funkcjonowanie mózgu oddziałuje na wiele aspektów, w tym pamięć, koncentrację, nastrój bądź relacje z innymi.

Z każdym rokiem liczba zdiagnozowanych schorzeń neurologicznych i psychicznych wciąż rośnie. Stają się one również przyczyną coraz większej liczby zgonów czy niepełnosprawności. Związane jest to m.in. ze starzejącym się społeczeństwem oraz zmianami cywilizacyjnymi, co znacznie wpływa na ryzyko wystąpienia zaburzeń i nasilenie ich

objawów. Mimo ciągłego rozwoju nauki i poszukiwania nowych rozwiązań, nie jest możliwe całkowite wyeliminowanie chorób powiązanych z tym narządem. Kluczowa jest tu profilaktyka, świadoma obserwacja oraz regularna kontrola stanu zdrowia. Ewentualna wczesna diagnoza odgrywa ogromną rolę w późniejszym procesie leczenia.

Światowy Dzień Mózgu stwarza przestrzeń do szerzenia edukacji na temat znaczenia dobrostanu neurologicznego, jak również promocji działań mających na celu jego ochronę i polepszenie funkcjonowania mózgu. Organizowane z tej okazji kampanie czy wydarzenia skierowane są na propagowanie zdrowej diety, aktywności fizycznej, regularnego snu, ćwiczeń umysłowych, redukcji stresu, unikania używek oraz utrzymywania korzystnych relacji międzyludzkich. Niezwykle ważnym aspektem jest również zmniejszenie stygmatyzacji osób dotkniętych chorobami neurologicznymi, zapewnienie im wsparcia i wdrożenie czynności służących poprawie jakości ich życia.



24 LIPCA

**MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ
SAMOOPIEKI/SAMOLECZENIA**

Data tego ustanowionego przez Międzynarodową Fundację Samoopieki (ISF) święta ma symbolizować potrzebę dbania o siebie 24 godziny na dobę, 7 dni w tygodniu. Według Globalnej Federacji Samoopieki (GSCF) troska o własne dobro stanowi fundament zdrowia.

Samoleczenie obejmuje zdolność do zapobiegania chorobom, utrzymywanie sprawności organizmu oraz radzenie sobie z pojawiającymi się dolegliwościami. Nie oznacza to jednak prowadzenia terapii „na własną rękę”, ponieważ odpowiedzialna praktyka zakłada m.in. umiejętność rozpoznawania objawów wymagających konsultacji specjalisty, przestrzeganie zaleceń lekarskich czy stosowanie produktów leczniczych (w tym tych bez recepty) zgodnie ze wskazaniami i ulotką. Zachowania te są korzystne nie tylko dla pacjenta, ale również efektywne dla systemu opieki zdrowotnej – mogą zmniejszać liczbę interwencji pogotowia ratunkowego, ograniczyć ilość wizyt w szpitalu, jak też skracać czas hospitalizacji.

Samoopieka z kolei oznacza dokonywanie świadomych wyborów w codziennych czynnościach, które pozytywnie wpływają na kondycję fizyczną, psychiczną, duchową oraz jakość życia. Do dbania o siebie zalicza się np. aktywność fizyczną dostosowaną do możliwo-

ści, zbilansowane odżywianie, regularny sen, detoks cyfrowy, satysfakcjonujący odpoczynek, pielęgnowanie wartościowych relacji, stawianie granic, ćwiczenie uważności czy stosowanie technik relaksacyjnych. Troska o własne dobro to nie egoizm, lecz podstawa dobrostanu człowieka.

W środowisku zawodowym samoopieka ma szczególne znaczenie jako element profilaktyki wypalenia. W pracy również warto wyrabiać dobre nawyki, takie jak korzystanie z przerw i urlopów bez poczucia winy, budowanie empatycznego zespołu czy udział w programach wsparcia.



25 LIPCA

ŚWIATOWY DZIEŃ EMBRIOLOGA

Ten szczególny dzień dla świata medycyny reprodukcyjnej ustanowiony został na pamiątkę urodzin Louise Brown, czyli pierwszego na świecie dziecka poczętego dzięki metodzie *in vitro* (IVF) w roku 1978.

IVF to technika polegająca na pozaustrojowym zapłodnieniu komórki jajowej. Narodziny Louise zapoczątkowały przełom w dziedzinie wspomagania rozrodu, zredefiniowały potencjał współczesnej medycyny i przyniosły nadzieję milionom par zmagającym się z niepłodnością. Osobami umożliwiającymi ten sukces i będącymi cichymi partnerami w drodze do rodzicielstwa są embriolodzy. Ci pracujący w laboratorium wysoko wykwalifikowani specjaliści zajmują się m.in. wyborem odpowiedniej techniki, selekcją najzdrowszych komórek jajowych i plemników, analizą wyników badań, monitorowaniem rozwoju embrionalnego czy przygotowaniem zarodka do transferu.

Początki embriologii łączy się z wynalezieniem mikroskopu (XVII wiek), jednak jej rozwój nastąpił dopiero w wieku XIX za sprawą innowacyjnych badań, np. genetycznych. Przez lata dziedzina ta uległa ogromnemu rozwojowi i obecnie znajduje kluczowe zastosowanie w nowoczesnej ginekologii, położnictwie oraz diagnostyce prenatalnej.



25 LIPCA

**ŚWIATOWY DZIEŃ ZAPOBIEGANIA
UTONIĘCIOM**

Światowy Dzień Zapobiegania Utonięciom zainicjowano w 2021 roku z inicjatywy ONZ i koordynowany jest przez WHO. Utonięcia uznawane są za jedną z dziesięciu głównych przyczyn śmierci na świecie, a celem organizowanych

w tym dniu wydarzeń jest przede wszystkim zaoferowanie rozwiązań zapobiegających tragediom oraz ratujących życie. Podkreślany jest również wpływ na bezpieczeństwo na wodą nieodpowiedzialnych zachowań, takich jak spożywanie alkoholu lub kąpiele w nieznanach miejscach. Działania skoncentrowane są na profilaktyce – uświadamianiu społeczeństwu zagrożeń, edukacji na temat zasad panujących na kąpieliskach, czy nauce pływania – oraz szkoleniach z udzielania pierwszej pomocy poszkodowanym. Kampanie zwracają też uwagę na długoterminowe skutki utonięć dla rodzin ofiar i dążą do redukcji przerażających statystyk.



28 LIPCA

**ŚWIATOWY DZIEŃ WIRUSOWEGO
ZAPALENIA WĄTROBY**

Data obchodów tego święta związana jest z urodzinami profesora Barucha Samuela Blumberga – odkrywcy wirusa HBV (*hepatitis B*), wynalazcy szczepionki przeciwko WZW typu B i laureata Nagrody Nobla. W 2010 roku WHO uznała WZW za jedno z największych zagrożeń epidemiologicznych XXI wieku, a inicjatywa ustanowienia dnia dedykowanego tej chorobie miała zmotywować ludzi do wykonania testów diagnostycznych w kierunku jej wczesnego wykrycia.

Prowadzone akcje, często uwzględniające przeprowadzenie badań, mają na celu identyfikację osób nieświadomych swojego – często bezobjawowego – schorzenia oraz ograniczenie ryzyka potencjalnego zakażenia innych. Szybkie zdiagnozowanie zmniejsza szanse na rozwój np. zwłóknienia, marskości, przewlekłej niewydolności czy raka wątroby. Kampanie edukacyjne opierają się też na promowaniu profilaktyki WZW, a więc m.in. szczepień, utrzymywania standardów higieny, świadomego korzystania z usług polegających na przerwaniu ciągłości tkanek (np. zabiegi kosmetyczne, tatuaż), sterylizacji narzędzi medycznych, przestrzegania procedur przez pracowników ochrony zdrowia, bezpiecznych zachowań seksualnych, unikania kontaktu z cudzą krwią oraz kontroli jakości żywienia.

Obchody dnia WZW uświadamiają także społeczeństwo o możliwych niepokojących objawach, opcjach terapeutycznych w przypadku już obecnej choroby, jak również istniejących grupach wsparcia. Wydarzenie to poświęcone jest wszystkim 6 typom wirusowego zapalenia wątroby – A, B, C, D, E i G.

□

Czy stosowanie placebo jest etyczne?

Poszukajmy odpowiedzi na tytułowe pytanie w kontekście etyki zawodowej, praw pacjenta i odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych.

Autor: dr n. o zdr. Agata Panas, Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej OIPIP w Białymstoku

Pielęgniarka – jako przedstawiciel zawodu zaufania publicznego – zobowiązana jest do działania zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, zasadami etyki zawodowej oraz poszanowaniem praw pacjenta. W codziennej praktyce klinicznej zdarzają się sytuacje, w których personel medyczny rozważa podanie preparatu pozbawionego działania farmakologicznego w celu uspokojenia chorego, zmniejszenia dolegliwości bólowych lub ograniczenia stosowania leków. Powstaje wówczas pytanie, czy stosowanie placebo przez pielęgniarkę może być uznane za działanie etycznie dopuszczalne?

Czym jest placebo

Placebo definiuje się jako substancję lub procedurę pozbawioną swego działania terapeutycznego wobec leczonego schorzenia, która może jednak wywoływać korzystny efekt kliniczny dzięki oczekiwaniom pacjenta, relacji terapeutycznej oraz mechanizmom psychoneurobiologicznym.

Effekt placebo

Współczesne badania wykazały, że efekt placebo wiąże się z aktywacją określonych struktur mózgowych oraz układów neuroprzekaznikowych, zwłaszcza opioidowego i dopaminergicznego. Oznacza to, że placebo nie jest jedynie „udawanym leczeniem”, lecz może prowadzić do rzeczywistych zmian fizjologicznych, takich jak zmniejszenie bólu, lęku czy nudności. Największe znaczenie efekt placebo ma w leczeniu objawowym oraz w schorzeniach, w których istotną rolę odgrywają mechanizmy psychobiologiczne.

Argumenty przemawiające za stosowaniem placebo – zwolennicy stosowania placebo wskazują, że może ono:

- Zmniejszać odczuwanie bólu i lęku.
- Ograniczać stosowanie opioidów i leków uspokajających.

Argumenty przeciw stosowaniu placebo przez pielęgniarkę – najpoważniejszy problem etyczny polega na tym, że klasyczne zastosowanie placebo wymaga zazwyczaj wprowadzenia pacjenta w błąd. Oznacza to konflikt z podstawowymi zasadami etyki zawodowej.

- Zasada autonomii – pacjent ma prawo do informacji o proponowanym postępowaniu oraz do świadomego wyrażenia zgody. Podanie placebo jako „leku” narusza autonomię pacjenta, ponieważ uniemożliwia podjęcie świadomej decyzji.
- Zasada prawdomówności i uczciwości – kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej nakłada obowiązek uczciwego postępowania wobec pacjenta oraz budowania relacji opartej na zaufaniu. Celowe wprowadzenie chorego w błąd podważa fundament tej relacji.
- Zasada nieszkodzenia – placebo może opóźnić rozpoznanie choroby, odroczyć wdrożenie skutecznego leczenia lub spowodować utratę zaufania pacjenta do personelu medycznego po ujawnieniu prawdy.

Aspekt prawny

Pielęgniarka wykonuje zawód zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawą o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Podanie placebo bez poinformowania pacjenta może naruszać:

- Prawo pacjenta do informacji.
- Prawo do wyrażenia świadomej zgody.
- Obowiązek wykonywania świadczeń zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.

Jeżeli pielęgniarka samodzielnie poda placebo bez zlecenia lekarskiego lub poza obowiązującymi procedurami, może ponosić odpowiedzialność zawodową, cywilną, a w określonych okolicznościach również karną.



Placebo w badaniu klinicznym

Stosowanie placebo jest dopuszczalne w odpowiednio zaprojektowanych badaniach klinicznych. Uczestnik musi wiedzieć, że może zostać przypisany do grupy placebo, chociaż ze względu na zaślepienie nie musi wiedzieć, którą interwencję faktycznie otrzymuje. Deklaracja Helsińska z 2024 r. dopuszcza placebo przede wszystkim wtedy, gdy nie istnieje sprawdzona interwencja, albo gdy przemawiają za tym istotne i naukowo uzasadnione względy metodologiczne, a uczestnik nie jest narażony na dodatkowe ryzyko poważnej lub nieodwracalnej szkody wskutek nieotrzymania najlepszego dostępnego leczenia.

Piśmiennictwo

1. Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej.
2. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
4. Zaręba R.: Stosowanie placebo w badaniach klinicznych – aspekty prawne i etyczne. Rozprawa doktorska. UwB, Wydział prawa. Białystok 2023.
5. Benedetti F. Placebo Effects: Understanding the Mechanisms in Health and Disease. Oxford University Press 2021.
6. Colloca L., Barsky A.J. Placebo and Nocebo Effects. New England Journal of Medicine. 2020;382:554-561. □

EWOLUCJA PRAKTYK KARMIENIA PIERSIĄ

JAK KULTURA I SPOŁECZEŃSTWO KSZTAŁTOWAŁY LAKTACJĘ

Karmienie piersią ma długą i złożoną historię, będąc jednym z najstarszych i najbardziej naturalnych sposobów na zaspokojenie potrzeb żywieniowych dziecka. W kontekście antropologicznym badania archeologiczne ujawniają, że czas i strategia karmienia piersią była różna w zależności od bardzo różnych czynników ważnych w kontekście rozwoju dzieci i przetrwania ludzkiego gatunku.

Autor: dr n. med. Anna Sienkiewicz, Zakład Ginekologii i Położnictwa Praktycznego na Wydziale Nauk o Zdrowiu UMB

W starożytnym Egipcie karmienie piersią było nie tylko praktyką zdrowotną, ale także aktem społecznym. Odkrycie naczyń do karmienia w formie lejkowatej, datowanych na okres nowego królestwa, sugeruje, że Egipcjanie rozwijali techniki ułatwiające podawanie mleka, co mogło odzwierciedlać ich wiedzę na temat laktacji i żywienia niemowląt.

W Grecji i Rzymie karmienie piersią było postrzegane jako norma. W dziełach Hipokratesa można znaleźć wzmianki o korzyściach zdrowotnych wynikających z karmienia piersią, które były uznawane za kluczowe dla rozwoju dzieci. Z kolei w Rzymie praktyka wynajmowania mamki stała się popularna wśród elit, co z kolei wpłynęło na postrzeganie laktacji jako przywileju.

W średniowieczu normy religijne i społeczne sytuowały karmienie piersią jako akt miłości i poświęcenia matek, jednak w miarę wzrostu popularności mamek, zaczęto dostrzegać negatywne skutki związane z oddzieleniem matki od dziecka. Obserwacje dowodziły, że dzieci karmione przez mamki miały gorsze wyniki zdrowotne w porównaniu do tych karmionych przez własne matki.

Współczesne podejście do karmienia piersią zyskało nowe znaczenie w XX wieku, gdy badania zaczęły ujawniać korzyści zdrowotne wynikające z laktacji zarówno dla matki, jak i dla dziecka.

Pierwsi ludzie

Wczesne społeczności ludzkie żyły w oparciu o myślistwo i zbieractwo, co miało istotny wpływ na praktyki laktacyjne. W czasach prehistorycznych średnia długość życia człowieka wynosiła około 30–40 lat. Kobiety rodziły od 5 do 10 dzieci w ciągu życia. Wysoka dzietność była



konieczna, aby zrekompensować dużą umieralność dzieci oraz ryzyko utraty dorosłych w wyniku chorób czy konfliktów. Umieralność niemowląt i małych dzieci była bardzo wysoka i sięgała 30–50%. Wiele dzieci nie dożywało piątego roku życia z powodu chorób, a także z niedożywienia.

Karmienie piersią było nie tylko źródłem pokarmu, ale również formą bliskości między matką a dzieckiem. Karmienie

pokarmem matki przez długi czas miało znaczenie dla zdrowia, rozwoju, większej szansy na przeżycie i wejście w dorosłość.

Nowoczesne badania sugerują, że w wielu kulturach prehistorycznych niemowlęta były karmione piersią nawet do czwartego roku życia, co stanowiło odpowiedź na niską dostępność pokarmu oraz potrzeby energetyczne rosnącego dziecka. Archeologiczne znaleziska, w tym szczątki dziecięce, pozwoliły na prze-

prowadzenie badań izotopowych. W badaniach przeprowadzonych przez Cooka w latach 2010–2015 w Anglii oraz w Turcji (analizy składu kości) ujawniły, że dzieci karmione piersią miały wyższe wartości izotopów azotu ($\delta^{15}\text{N}$), co wskazuje na długotrwałe karmienie piersią. Dzieci karmione przez dłuższy czas miały wyższe szanse na przetrwanie w trudnych warunkach – to może tłumaczyć, dlaczego laktacja była tak powszechnie praktykowana.

W rejonach o surowym klimacie, gdzie dostęp do pożywienia był ograniczony, matki karmiły dzieci dłużej, aby zapewnić im niezbędne składniki odżywcze i wsparcie immunologiczne. W chłodniejszych klimatach długotrwałe karmienie piersią mogło być bardziej powszechne, aby zminimalizować ryzyko chorób. W obszarach bogatych w zasoby, takich jak ryby czy owoce, matki mogły wprowadzać pokarmy stałe wcześniej, co skracало czas karmienia piersią.

Na niektórych obszarach karmienie piersią trwało dłużej z powodów kulturowych. W Egipcie analizy izotopowe kości dzieci z okresu Starego Królestwa (około 2686–2181 p.n.e.) ujawniły, że dzieci były karmione piersią przez okres 2–3 lat nim wprowadzono pokarmy stałe.

Ciekawe wyniki otrzymano w badaniach w Mezopotamii, na Sumerze, gdzie archeolodzy z Uniwersytetu w Bagdadzie badali szczątki dzieci. Analizy wykazały, że były one karmione piersią przez 3–4 lata. Sumatra wiązała głęboko praktyki związane z karmieniem piersią z kontekstem religijnym, społecznym i kulturowym. W tej kolebce cywilizacji czczono wiele bóstw związanych z płodnością i macierzyństwem, takich jak Inanna (Ishtar) i Ninsun. Matki często wierzyły, że karmienie piersią jest nie tylko aktem fizycznym, ale także duchowym, który łączy je z boskością. Karmienie piersią było postrzegane jako sposób na przekazywanie siły i życia dziecku. Organizowano rytuały związane z narodzinami i macierzyństwem, które podkreślały znaczenie karmienia piersią. Obejmowały one modlitwy, ofiary i błogosławieństwa dla matek i dzieci, co miało na celu zapewnienie zdrowia i dobrobytu.

W Europie badania prowadzone przez naukowców z Uniwersytetu w Cambridge nad szczątkami z epoki brązu (około 2000–800 p.n.e.) ujawniły, że dzieci były karmione piersią do 2.–3. roku życia. Badania koncentrowały się na stanowiskach archeologicznych w Anglii, szczególnie w regionach Wessex i wschodniej Anglii oraz w Szkocji i Irlandii.



Badania wykazały, że europejskie dzieci były karmione piersią przeciętnie od 2 do 3 lat. Analizy izotopowe wskazały, że w tej grupie wiekowej poziomy izotopów azotu (N-15) były stosunkowo niskie, co sugeruje, że dzieci nie spożywały dużych ilości białka pochodzenia zwierzęcego w tym okresie. Analizy wskazały, że pokarmy stałe były wprowadzane do diety dzieci w wieku około 6–12 miesięcy, jednak długotrwałe karmienie piersią mogło trwać równoległe z wprowadzaniem pokarmów. Analizy wykazały, że po wprowadzeniu pokarmów stałych stosunek izotopów węgla (C-13) i azotu zmieniał się, co może sugerować, że dzieci zaczęły spożywać żywność, która miała inny profil izotopowy niż mleko matki.

Szczątki dzieci karmionych piersią wskazywały, że dłużej były mniej narażone na choroby. W kontekście badań długotrwałe karmienie piersią mogło być strategią przetrwania w trudnych warunkach, które panowały w epoce brązu, zwłaszcza w regionach o ograniczonym dostępie do żywności.

Badania rdzennych ludów Ameryki Północnej, takich jak Inuici, sugerują, że dzieci były karmione piersią przez 3–5 lat, co było związane z trudnymi warunkami życia w zimnym klimacie. Badania nad innymi grupami rdzennych ludów Ameryki Północnej, np. plemiona

z rejonu Wielkich Jezior czy plemiona zachodnioamerykańskie, również wskazują na długotrwałe praktyki karmienia piersią. W tych społecznościach kobiety miały większą autonomię i wsparcie społeczne, dzięki temu czas karmienia piersią mógł być dłuższy. Analizy izotopowe oraz badania etnograficzne ujawniły, że długotrwałe karmienie piersią było standardem w ich kulturze. Karmienie piersią mogło również być formą dostosowania do ograniczonej dostępności żywności w zimowych miesiącach.

W kontekście kulturowym i społecznym w społeczności Inuitów karmienie piersią było nie tylko praktyką żywieniową, ale także miało silne konotacje kulturowe. Matki były często wspierane przez inne kobiety w społeczności, co podkreślało znaczenie relacji międzyludzkich w procesie laktacji. Karmienie piersią było postrzegane jako naturalna część cyklu życia, a długotrwałe praktyki laktacyjne wzmacniały więzi rodzinne i wspólnotowe. Społeczny kontekst karmienia piersią mógł wpływać na to, jak matki postrzegały swoje role w rodzinie i społeczności.

Zmiana stylu życia człowieka

U afrykańskich i azjatyckich ludów nomadycznych, które przemieszczały się w poszukiwaniu pożywienia, karmienie



piersią trwało dłużej, ponieważ matki nie miały dostępu do stałych źródeł pokarmu. W osiadłych społecznościach, w których wprowadzano rolnictwo, mogły włączać pokarmy stałe wcześniej, co mogło skrócić czas karmienia piersią. Dzieci w społecznościach nomadycznych, takich jak Tuaregowie, były karmione piersią przez 3–4 lata. Badania etnograficzne i obserwacyjne potwierdziły, że matki często preferowały długotrwałe karmienie piersią, aby zapewnić dzieciom niezbędne składniki odżywcze w warunkach ograniczonej dostępności pokarmów.

W osiadłych społecznościach rolniczych w Mezopotamii stabilność źródeł żywności pozwalała na łatwiejsze przedstawienie dzieci na stałe pokarmy. Odkrycia archeologiczne wykazały, że dzieci były karmione piersią przeciętnie przez 1,5–2 lata. Analizy izotopowe kości dzieci z tego okresu pokazały, że po wprowadzeniu rolnictwa dzieci szybko zaczynały przechodzić na pokarmy stałe. Różnice w stylu życia i dostępności zasobów żywnościowych wpływały na długość karmienia piersią i wprowadzenie pokarmów stałych. Co ciekawe, w społecznościach, gdzie prace związane z gospodarstwem i codziennymi obowiązkami były bardziej czasochłonne, matki mogły decydować się na wcześniejsze wprowadzenie pokarmów stałych.

Ewolucja i adaptacja ludzi do różnych środowisk miały kluczowy wpływ na praktyki związane z karmieniem piersią. Zmiany w genotypach, adaptacje metaboliczne oraz różnice w dostępności zasobów żywnościowych wpłynęły na sposób, w jaki matki karmiły swoje dzieci.

Ludzie migrowali i osiedlali się w różnych regionach, z tego powodu musieli dostosować swoje praktyki żywieniowe do lokalnych warunków. Różnice klimatyczne, dostępność i rodzaj pokarmów oraz styl życia wpływały na to, kiedy dzieci zaczynały przechodzić na pokarmy stałe.

Genotypy ludzi oraz ich adaptacje metaboliczne mogły wpływać na zdolność przetrwania dzieci w różnych warunkach. Niektóre populacje mogły rozwijać cechy genetyczne, które zwiększały ich odporność na choroby lub poprawiały ich zdolność do przyswajania wybranych składników odżywczych.

W populacjach, które tradycyjnie polegały na mleku zwierzęcym, takich jak niektóre grupy w Europie, rozwój genów odpowiedzialnych za produkcję laktozy (enzymu trawiącego laktozę) pozwolił na dłuższe karmienie piersią i późniejsze spożywanie dużej ilości produktów mlecznych. W społecznościach żyjących w surowych warunkach, jak Inuici, genotypy mogły sprzyjać lepszemu metabolizmowi tłuszczów, co było kluczowe

w dziecie bogatej w tłuszcz pochodzenia zwierzęcego, co z kolei wpływało na zdrowie matek i ich zdolność do karmienia.

Karmienie piersią w starożytności

W starożytnym Rzymie i Grecji karmienie piersią było powszechną praktyką, a czas trwania karmienia wynosił zazwyczaj od 2 do 3 lat. Średnia długość życia człowieka w tamtym czasie wynosiła około 25–30 lat, jednak wiele osób dożywało 40–50 lat, a niektórzy nawet 60–70 lat, zwłaszcza wśród elit społecznych. Wysoka umieralność dzieci znacząco wpływała na tę średnią. W obu cywilizacjach kobiety rodziły średnio od 4 do 7 dzieci w ciągu życia. Umieralność dzieci w starożytnym Rzymie i Grecji była wysoka, sięgając 50%. Wiele z nich nie dożywało piątego roku życia z powodu chorób, głodu, braku higieny i opieki medycznej. Te czynniki wpływały na struktury społeczne, ekonomiczne i kulturowe w obu cywilizacjach, a także na ich podejście do rodziny i macierzyństwa.

Karmienie piersią było uważane za naturalny sposób na zapewnienie dziecku niezbędnych składników odżywczych i wsparcia immunologicznego, co miało kluczowe znaczenie dla jego zdrowia i przetrwania. Rzymskie matki karmiły swoje dzieci, ale – podobnie jak w Grecji – w wyższych klasach społecznych istniała tendencja do zatrudniania karmicielek. Zamożne matki często delegowały obowiązki karmienia, co było postrzegane jako oznaka statusu i pozwalało im na angażowanie się w życie towarzyskie i polityczne.

Mamki były często kobietami z niższych klas społecznych, co w pewnym sensie podkreślało różnice klasowe w Rzymie. Dzieci arystokratyczne mogły być karmione przez karmicielek, podczas gdy dzieci z niższych warstw społecznych były karmione wyłącznie przez własne matki.

Rzymskie matki pełniły kluczową rolę w wychowywaniu dzieci, a karmienie



piersią było uważane za naturalny obowiązek. W literaturze i sztuce rzymskiej matki karmiące były często idealizowane, co podkreślało ich znaczenie w rodzinie i społeczeństwie. Wartości kulturowe związane z macierzyństwem były silnie akcentowane, a rola matki jako opiekunki była postrzegana jako cnotliwa i zaszczytna. W literaturze rzymskiej matki, które karmiły swoje dzieci, były często idealizowane jako pełne poświęcenia, podczas gdy te, które zatrudniały karmicielki, mogły być postrzegane jako mniej odpowiedzialne lub oddzielone od swoich dzieci.

W starożytnym Egipcie karmienie piersią było standardową praktyką, w której matki karmiły swoje dzieci przez kilka lat. Czas trwania karmienia piersią wynosił zazwyczaj od 2 do 3 lat, ale w niektórych przypadkach mogło trwać dłużej. Badania nad egipskimi tekstami oraz artefaktami archeologicznymi wskazują, że karmienie piersią nie tylko zapewniało dzieciom niezbędne składniki odżywcze, ale także sprzyjało więzi emocjonalnej między matką a dzieckiem.

Kobiety w starożytnym Egipcie rodziły zazwyczaj od 4 do 8 dzieci w ciągu życia. Wysoka dzietność była kluczowa w kontekście wysokiej umieralności dzieci (szacuje się, że mogła wynosić od 30 do 50%) oraz potrzeb społecznych, takich jak praca w polu czy opieka nad rodziną. Wysoka umieralność dzieci oraz krótka długość życia miały ogromny wpływ na społeczeństwo egipskie, kształtując podejście do rodziny i cyklu życia.

Matki w starożytnym Egipcie były postrzegane jako kluczowe opiekunki swoich dzieci. Karmienie piersią było uznawane za naturalny i fundamentalny sposób na zapewnienie zdrowia i przetrwania potomstwa. W dokumentach i sztuce egipskiej często przedstawiano matki karmiące swoje dzieci, co podkreślało ich rolę i znaczenie w społeczeństwie.

Laktacja była postrzegana jako akt święty. Egipcjanie wierzyli, że matczyne mleko ma właściwości ochronne i uzdrawiające. W mitologii egipskiej boginie, np. Izyda, były często przedstawiane z dziećmi przy piersi, co symbolizowało opiekę, miłość i płodność.

Co ciekawe, w starożytnym Egipcie istniały również zalecenia dotyczące karmienia piersią, które można znaleźć w tekstach medycznych. Karmienie piersią było uważane za kluczowe dla zdrowia dzieci, a matki były zachęcane do karmienia swoich dzieci wyłącznie mlekiem przez pierwsze miesiące życia. Teksty medyczne i papirusy zawierały informacje na temat właściwej diety matki, która wpływała na jakość mleka, co miało znaczenie dla zdrowia niemowląt.



Wpływ religii i norm społecznych w średniowieczu

Karmienie piersią w średniowieczu było kształtowane przez różnorodne czynniki, w tym w bardzo dużym stopniu przez religię oraz normy społeczne, które różniły się w zależności od lokalizacji. W krajach zachodnioeuropejskich, np. Francja i Niemcy, religia chrześcijańska miała znaczący wpływ na praktyki karmienia piersią. Kościół katolicki promował karmienie piersią jako cnotliwy obowiązek matki. Karmienie było postrzegane jako akt miłości i poświęcenia, a matki karmiące były uważane za spełniające swoje biblijne obowiązki.

W średniowiecznej Francji umieralność dzieci była znaczna, w niektórych regionach sięgała do 50%. Wiejskie społeczności miały nieco lepsze wskaźniki ze względu na lepszy dostęp do świeżej żywności. W Niemczech umieralność dzieci była porównywalna z innymi krajami zachodnioeuropejskimi, wynosząc około 30–40%. W miastach, zwłaszcza w czasach klęsk głodu czy epidemii, umieralność była znacząco wyższa.

Kościół dyktował normy życia i postępowania społeczeństwa. W literaturze religijnej pojawiały się odniesienia do matki jako opiekunki, co wpływało na społeczny prestiż kobiet karmiących – były postrzegane jako mniej cnotliwe, co przyczyniło się do społecznej presji na karmienie. W krajach takich jak Bizancjum (dzisiejsza Turcja), prawosławie również kładło nacisk na karmienie piersią. Matki karmiące były szanowane, a karmienie piersią postrzegano jako święty obowiązek. Kobiety karmiące były uważane za pełne pobożności, a ich rola jako opiekunek była silnie związana z religijnymi wartościami. Karmienie piersią było promowane jako sposób na zapewnienie duchowego i fizycznego zdrowia dzieci.

W średniowiecznej Francji i Anglii istniały normy społeczne, które określały, jak długo matki powinny karmić piersią. Wiele średniowiecznych traktatów medycznych, takich jak prace Hildegardy z Bingen, czy przetłumaczone na łacinę teksty medyków arabskich, zawierały zalecenia dotyczące karmienia piersią. Hildegarda wskazywała, że karmienie piersią powinno trwać od dwóch do trzech lat. Sugerowała, że najkorzystniej byłoby karmić dziecko do momentu, gdy zacznie ono samo jeść stałe pokarmy, co mogło się zdarzać w wieku około 2–3 lat. W tekstach medyków arabskich, takich jak prace Ibn Siny (Awicenny) czy Al-Razi (Razes) zalecano, aby matki karmiły swoje dzieci tak długo, jak to możliwe.

Kodeksy kościelne, takie jak *Decretum Gratiani* z XII wieku, zawierały nor-

my dotyczące wychowania dzieci, w tym zalecenia dotyczące karmienia piersią. Karmienie przez okres dwóch lat było uważane za standard.

Zmiany w gospodarce i urbanizacja przyczyniły się do wzrostu zatrudniania mamek, co z kolei wpływało na normy społeczne dotyczące karmienia. W miastach, w których kobiety były bardziej aktywne zawodowo, karmienie piersią stało się mniej powszechne.

W Skandynawii, szczególnie w Danii i Norwegii, karmienie piersią było silnie związane z normami społecznymi. Co interesujące, w Skandynawii umieralność dzieci była znacząco niższa i wynosiła około 20–30%, co było związane z lepszymi warunkami życia w niektórych obszarach. Karmienie trwało zazwyczaj do trzeciego roku życia dziecka. Silna tradycja karmienia piersią i normy społeczne sprzyjały długiemu karmieniu. Było to związane głównie z lokalnymi wierzeniami dotyczącymi zdrowia dzieci i matki. Kobiety, które karmiły, były szanowane, a karmienie piersią było uważane za naturalny i oczekiwany obowiązek.

Karmienie piersią w nowożytności

XVIII i XIX wiek to okres, w którym długość życia ludzi zaczęła rosnąć, a umieralność dzieci malała w wyniku postępu medycyny i poprawy warunków życia. Kobiety rodziły średnio od 5 do 7 dzieci w ciągu życia. Wysoka dzietność była wynikiem wysokiej umieralności dzieci oraz potrzeby zwiększenia liczby rąk do pracy w rolnictwie. Umieralność dzieci zaczęła się zmniejszać w krajach rozwiniętych, zwłaszcza w miastach, dzięki lepszym warunkom sanitarnym, szczepieniom i postępom w medycynie.

W nowożytności religia i normy społeczne miały istotny wpływ na praktyki karmienia piersią, które różniły się w zależności od lokalizacji. W Europie Zachodniej i Północnej religijne nauki często promowały karmienie piersią jako moralny obowiązek matki, podczas gdy normy społeczne kształtowały oczekiwania dotyczące długości karmienia.

Wpływ religii oraz norm społecznych na praktyki karmienia piersią był znaczący i różnił się w zależności od lokalizacji. W krajach takich jak Francja i Niemcy kościół katolicki promował karmienie piersią jako cnotliwy obowiązek matki. Wśród katolickich rodzin istniała presja społeczna, aby matki karmiły swoje dzieci. W krajach protestanckich, takich jak Szwecja i Norwegia, również istniała silna tradycja karmienia piersią. Protestantyzm w Skandynawii promował naturalne karmienie, a matki karmiące były postrzegane jako cnotliwe i oddane. W niektórych regionach istniała również

tradycja wspierania matek karmiących przez parafie i społeczności lokalne. Matki były często zachęcane do dzielenia się doświadczeniami i wsparciem w grupach lokalnych.

W XIX-wiecznych Stanach Zjednoczonych karmienie piersią było promowane jako zdrowy wybór zwłaszcza wśród baptystów i metodystów. Publikacje religijne często zawierały porady dotyczące macierzyństwa, które zachęcały do karmienia piersią jako wyrazu miłości do dziecka.

W XVIII i XIX wieku w krajach takich, jak Anglia i Francja, normy społeczne zaczęły się różnicować w zależności od klasy społecznej. Zamożne matki często zatrudniały mamki, co wpłynęło na postrzeganie karmienia piersią. Wśród arystokracji praktyka wynajmowania mamki stała się normą, co prowadziło do stygmatyzacji matek, które karmiły swoje dzieci. Zmiana w normach społecznych związanych z klasą społeczną doprowadziła do tego, że karmienie piersią stało się bardziej związane z niższymi klasami, podczas gdy wyższe klasy postrzegały to jako mniej pożądane. W Ameryce Północnej różnice klasowe i regionalne również wpłynęły na postrzeganie karmienia piersią, co prowadziło do zróżnicowanych praktyk laktacyjnych.

Karmienie piersią we współczesnych społeczeństwach

Współczesne praktyki karmienia piersią są kształtowane przez różnorodne normy społeczne, które różnią się w zależności od lokalizacji, kultury i kontekstu ekonomicznego. Odsetek kobiet karmiących piersią i czas karmienia jest uzależniony od wielu czynników, w tym polityki zdrowotnej, dostępu do informacji oraz wsparcia dla matek. W krajach rozwiniętych, gdzie istnieje lepszy dostęp do informacji i wsparcia, odsetki te są zazwyczaj wyższe, ale nadal wiele kobiet nie kontynuuje karmienia piersią przez zalecany okres.

W krajach rozwiniętych w społeczeństwach, szczególnie wśród kobiet z wykształceniem wyższym, karmienie piersią jest postrzegane jako norma i wyraz odpowiedzialności rodzicielskiej. Matki, które nie karmią piersią, mogą doświadczać społecznej presji, a w niektórych przypadkach stygmatyzacji. Statystyki dotyczące karmienia piersią różnią się w zależności od kraju, kultury, dostępu do opieki zdrowotnej oraz edukacji.

W Stanach Zjednoczonych około 83% noworodków jest karmionych piersią przynajmniej przez kilka pierwszych dni życia, a do szóstego miesiąca tylko około 25% mam kontynuuje wyłączne karmienie piersią. Średni czas karmienia piersią

wynosi tam około 6–12 miesięcy. Około 25% kobiet karmi piersią do 12. miesiąca, a tylko 1–2% do 2. roku życia.

W Wielkiej Brytanii około 74% noworodków jest karmionych piersią w pierwszych tygodniach życia, ale odsetek ten spada do około 34% do 6. miesiąca. Przeciętny czas karmienia piersią wynosi około 6–9 miesięcy. Tylko około 1% kobiet karmi piersią do 2. roku życia.

W Szwecji około 95% noworodków jest karmionych piersią, a 80% kontynuuje przez co najmniej 6 miesięcy. Kobiety w tym kraju karmią piersią średnio przez

12–18 miesięcy. Wysoki odsetek dzieci jest karmionych piersią przez co najmniej rok.

W krajach rozwijających się w regionach Afryki Wschodniej około 61% kobiet karmi piersią przez co najmniej 6 miesięcy. W wielu krajach Afryki Subsaharyjskiej kobiety często karmią piersią przez 18–24 miesiące lub dłużej z uwagi na biedę, lokalne tradycje i przekonania.

W Indiach około 41% noworodków jest karmionych wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy, chociaż wiele kobiet rozpoczyna karmienie w pierwszych godzinach po porodzie. W Brazylii 50%

dzieci jest karmionych wyłącznie piersią przez pierwsze 6 miesięcy. W Azji Południowo-Wschodniej, w krajach takich jak Malezja i Indonezja, około 40–60% kobiet karmi piersią przez co najmniej 6 miesięcy.

Czas i proces laktacji u kobiet jest wynikiem złożonej interakcji między normami społecznymi, warunkami zdrowotnymi oraz kulturowymi przekonaniami. Zrozumienie tych czynników może pomóc w tworzeniu lepszych programów wsparcia dla matek, które pragną karmić piersią, a także w promowaniu zdrowia dzieci na całym świecie. □

Czas laktacji

Jest kształtowany przez szereg złożonych czynników, które mają swoje korzenie w historii, kulturze oraz aktualnych normach społecznych. Jednym z kluczowych elementów wpływających na długość karmienia piersią jest kontekst społeczny. W wielu kulturach karmienie piersią jest postrzegane jako naturalny i oczekiwany obowiązek, co może wpływać na decyzje kobiet dotyczące laktacji.

W krajach, gdzie istnieje silne wsparcie ze strony rodziny, społeczności oraz instytucji zdrowotnych, kobiety często decydują się na dłuższe karmienie piersią.

Z drugiej strony, zmiany w stylu życia, urbanizacja oraz rosnąca liczba kobiet pracujących zawodowo mogą prowadzić do skrócenia czasu karmienia piersią. W miastach, gdzie matki są bardziej zaangażowane w życie zawodowe, karmienie piersią może stać się mniej prak-

tyczne, co wpływa na decyzje laktacyjne. Również czynniki zdrowotne odgrywają istotną rolę. Wiedza na temat korzyści zdrowotnych płynących z karmienia piersią, zarówno dla matki, jak i dziecka, może motywować kobiety do kontynuacji laktacji. Współczesne kampanie promujące karmienie piersią oraz wsparcie ze strony personelu medycznego mogą zwiększać czas laktacji.

Piśmiennictwo w redakcji.



Ilustracje przygotowane z wykorzystaniem AI.

Cyfrowa pielęgniarka i położna

Kompetencje cyfrowe jako nowy fundament pracy pielęgniarek i położnych

Technologia wchodzi dziś do każdej placówki, bez niej trudno wyobrazić sobie dyżur. Ale to nie ona decyduje o jakości opieki – w tej kwestii nic nie zastąpi człowieka. O tym, jak pogodzić nowoczesne narzędzia z tym, co w pielęgniarstwie najważniejsze i dlaczego rozwój cyfrowy jest dziś częścią profesjonalizmu.

Autor: Innocenta Dźwierzynska, inicjatorka programu Cyfrowa Pielęgniarka, CEO Inamedu, Cyfrowi.ai

Zacznijmy od tego, co nie zmienia się nigdy – żaden system informatyczny, maszyna nie poniesie odpowiedzialności, pacjent nigdy nie będzie numerem PESEL, a pielęgniarki i położnej – przy całym szacunku do technologii – nie zastąpi robot.

Można dziś zautomatyzować wiele rzeczy: wystawienie e-recepty, przesłanie skierowania, zapis w dokumentacji. Nie da się jednak zautomatyzować empatii, spokoju, uważności, obecności ani odwagi moralnej. Tych kompetencji nie znajdziemy w żadnej aktualizacji oprogramowania. Właśnie dlatego pielęgniarstwo pozostaje ostatnią linią obrony godności człowieka w systemie ochrony zdrowia. A jednak ten system zmienia się szybciej niż kiedykolwiek wcześniej. I to nie technologia jest w tej zmianie najważniejsza – najważniejsze są osoby, które potrafią mądrze z niej korzystać.

Najważniejszą technologią w ochronie zdrowia wciąż pozostaje człowiek przy łóżku pacjenta. Wszystko inne ma mu jedynie służyć.

Cyfryzacja ochrony zdrowia to już nie plan, lecz codzienność

Przez lata cyfryzacja opieki zdrowotnej była opisywana jako kierunek, wizja, plan na przyszłość. Dziś nie jest już wizją – jest rzeczywistością. Elektroniczna dokumentacja medyczna, e-recepty, e-skierowania, Internetowe Konto Pacjenta, systemy szpitalne, telemedycyna oraz pierwsze rozwiązania oparte na sztucznej inteligencji są obecne w pracy na każdym oddziale.

W czerwcu 2026 roku przyjęto Strategię Cyfryzacji Państwa do 2035 roku – pierwszy tak kompleksowy dokument w historii Polski. Zakłada on, że co najmniej podstawowe kompetencje cyfrowe ma osiągnąć 85% obywateli, a cyberbezpieczeństwo – w tym ochrona szpitali i infrastruktury krytycznej – staje się jednym z priorytetów państwa. Kie-



runek jest więc jasny dla całego kraju, a ochrona zdrowia znajduje się w samym jego centrum.

Co to oznacza w praktyce? Że nawet najlepszy program komputerowy nie przyniesie efektu, jeśli osoba, która z niego korzysta, nie czuje się w świecie cyfrowym pewnie i bezpiecznie. W centrum transformacji nie stoi technologia. Stoi człowiek.

Czym tak naprawdę są kompetencje cyfrowe

Warto rozwiać pewne nieporozumienie. Kompetencje cyfrowe to nie jest po prostu „umiejętność obsługi komputera”. To znacznie więcej: sprawne i bezpieczne korzystanie z systemów medycznych, świadome prowadzenie dokumentacji elektronicznej, ochrona danych pacjentów, znajomość zasad cy-

berbezpieczeństwa, rozważne korzystanie z narzędzi sztucznej inteligencji oraz umiejętność oceny informacji, którą się otrzymuje.

Wszystkie te elementy łączy jedno: bezpośrednio wpływają na bezpieczeństwo pacjenta, jakość opieki i – co również ważne – na komfort Państwa pracy. W praktyce oznaczają większą samodzielność zawodową, łatwiejsze odnawianie się w zmianach i większy spokój wobec dynamicznego rozwoju technologii. Technologia przestaje być wtedy źródłem stresu, a staje się po prostu narzędziem.

Jesteście liderkami i liderami tej zmiany

Choć często mówi się o cyfrowej transformacji szpitali, znacznie rzadziej zwraca się uwagę na fakt, że jej prawdziwymi liderkami i liderami są osoby naj-

bliżej pacjenta. To pielęgniarki i położne stanowią największą grupę zawodową w ochronie zdrowia i spędzają z pacjentem najwięcej czasu. To często Państwo jako pierwsi sięgacie po nowe systemy i jako pierwsi macie kontakt z cyfrowymi procesami placówki.

Od Waszej wiedzy, pewności siebie i poczucia bezpieczeństwa bardzo często zależy, czy wdrażane rozwiązanie naprawdę zadziała w praktyce, czy pozostanie jedynie kolejnym systemem, którego nikt nie lubi używać. Dlatego rozwój kompetencji cyfrowych nie jest inwestycją w pojedyncze osoby – jest inwestycją w sprawne działanie całego systemu ochrony zdrowia. Liderkami i liderami tej zmiany nie są działy informatyczne. Są nimi osoby, które każdego dnia są przy łóżku pacjenta.

Sztuczna inteligencja — wsparcie, nie zastępstwo

W przestrzeni publicznej powraca pytanie, czy sztuczna inteligencja zastąpi personel medyczny. Odpowiedź jest jednoznaczna: nie. Pielęgniarstwo, położnictwo opiera się na relacji, doświadczeniu klinicznym, intuicji i obecności, a tego technologia zastąpić nie potrafi. Może natomiast wspierać. AI pomaga w wyszukiwaniu informacji, przygotowaniu materiałów edukacyjnych, orga-

nizacji pracy i odciążaniu z części zadań administracyjnych. A mniej czasu spędzonego przy biurku oznacza więcej czasu dla siebie i dla pacjenta. Warunkiem bezpiecznego korzystania pozostaje jednak wiedza – świadomość tego, co narzędzie potrafi, a czego nie wolno mu powierzyć. Bo decyzję i odpowiedzialność zawsze ponosi człowiek. Dobrze wykorzystana sztuczna inteligencja oddaje Państwu to, czego w tym zawodzie zawsze brakuje najbardziej: czas.

Cyberbezpieczeństwo staje się kompetencją medyczną

Jest jeszcze jeden obszar, który jeszcze niedawno kojarzył się wyłącznie z informatyką, a dziś staje się kompetencją niemal medyczną – cyberbezpieczeństwo. Placówki ochrony zdrowia należą do najczęściej atakowanych organizacji na świecie. Phishing, wyłudzenie danych, złośliwe oprogramowanie szyfrujące dane – jedno nieostrożne kliknięcie w fałszywy link potrafi sparaliżować pracę całego szpitala i zagrozić bezpieczeństwu pacjentów. W takiej sytuacji nie chroni nas wyłącznie infrastruktura techniczna. Chroni nas świadomość i dobry nawyk.

Warto myśleć o tym spokojnie. Wychojąc z domu, zamykamy drzwi na klucz – nie ze strachu, lecz z rozsądku

i przyzwyczajenia. Cyfrowe bezpieczeństwo działa tak samo: to codzienna, spokojna czujność – rozpoznawanie podejrzanych wiadomości, rozsądne hasła, świadome korzystanie z urządzeń podłączonych do sieci. Tak właśnie buduje się coś, co można nazwać cyfrowym immunitetem – odporność, która chroni i Państwa, i pacjentów.

Cyfrowy immunitet to nie strach przed technologią. To spokojna pewność, że potrafimy z niej mądrze i bezpiecznie korzystać.

Rozwój, który jest doceniany

Dobra wiadomość jest taka, że rozwój w tym kierunku nie musi oznaczać godzin spędzonych z dala od pracy i bliskich. Może odbywać się w formie krótkich mikrokursów – kilka minut dziennie, w całości online, o dowolnej porze, także po dyżurze i we własnym tempie. Tak zbudowany jest między innymi program Cyfrowa Pielęgniarka, który prowadzi przez świat nowych technologii spokojnie i bez żargonu.

W ramach programu Cyfrowa Pielęgniarka na stronie www.cyfrowapiellegniarka.pl dostępne są dziś dwa kursy: **Cyfrowa Pielęgniarka 1.0 oraz Cyberbezpieczeństwo dla pielęgniarek i położnych**. Każdy z nich otrzymał po 5 punktów edukacyjnych przyznanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych na podstawie Uchwały nr 166/VIII/2025. Rozwój cyfrowy jest więc dziś traktowany jako pełnoprawny element profesjonalizmu, a nie dodatkowy obowiązek.

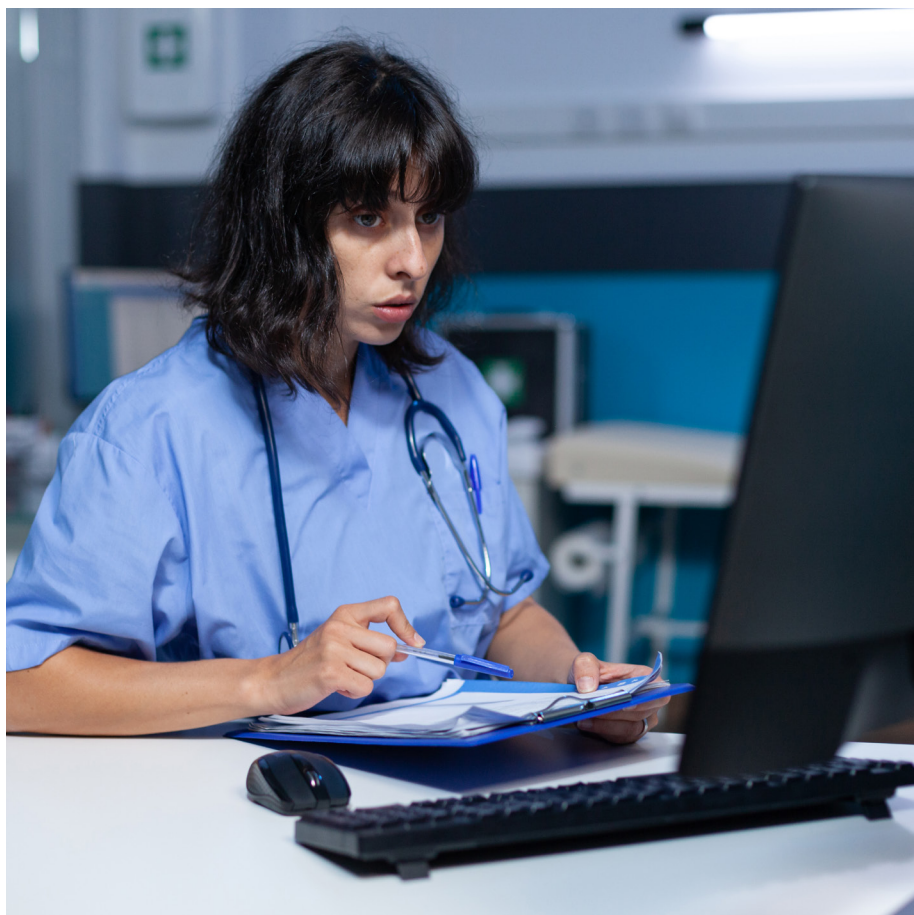
To także realne przeciwdziałanie zjawisku, o którym mówi się zbyt rzadko – wykluczeniu technologicznemu personelu medycznego. Każda nowa aplikacja czy system wymaga nowych umiejętności. Bez wsparcia może pojawić się frustracja i niechęć wobec technologii; z odpowiednim przygotowaniem przychodzą spokój i pewność siebie.

Nie chodzi o to, by pielęgniarki i położne nadążały za technologią. Chodzi o to, by technologia nadążała za nimi.

Przyszłość zaczyna się dziś

Na koniec warto zadać sobie pytanie, które dobrze towarzyszy każdej nowej technologii: czy ten rozwój naprawdę służy człowiekowi? Czy czyni naszą pracę spokojniejszą, a opiekę lepszą? Bo technologia ma sens tylko wtedy, gdy lepiej służy drugiemu człowiekowi: pacjentowi i tym, którzy się nim opiekują.

Przyszłość ochrony zdrowia będzie cyfrowa – to pewne. Pytanie nie brzmi już „czy”, lecz „jak dobrze się do tej przyszłości przygotowujemy” – spokojnie, świadomie i na własnych warunkach. Cyfrowe kompetencje nie zastępują profesjonalizmu. One go wzmacniają. □



OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W BIAŁYMSTOKU

ROK ZAŁOŻENIA 1991

✓ PRZYPOMINAMY!

Zachęcamy do regularnego korzystania z oficjalnej strony internetowej OIPIp w Białymstoku oraz naszych mediów społecznościowych.

Na bieżąco publikujemy tam rzetelne informacje, komunikaty, szkolenia oraz ważne przypomnienia dotyczące wykonywania zawodu.

 www.oipip.bialystok.pl

 Instagram: oipipbialystok

 Facebook: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku

