

ISSN 1640-7679

Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

5-6/2021



1 czerwca
Międzynarodowy
Dzień Dziecka

Strajki ostrzegawcze
i akcje protestacyjne
pielęgniarek i położnych

10

Molestowanie
dziecka

16

Światowy Dzień
Choroby Pompego

22

30 lat naszego
samorządu
zawodowego...
i co dalej?

32



5 maja • Międzynarodowy Dzień Położnych

8 maja • Dzień Polskiej Położnej

sł. boża Stanisława Leszczyńska (ur. 8 maja 1896 r.)

12 maja • Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek

Florence Nightingale (ur. 12 maja 1820 r.)

Z okazji Międzynarodowych Dni Położnych i Pielęgniarek
w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
oraz własnym składam podziękowania wszystkim wykonującym
te piękne i odpowiedzialne zawody za wyjątkową i niezwykle trudną pracę.

Życzę wszelkiej pomyślności, zdrowia, sukcesów w pracy zawodowej
i w życiu osobistym, wytrwałości i pogody ducha.

Przewodnicząca
ORPiP w Łodzi

Agnieszka Kałużna

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi
Agnieszka Kałużna

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi
Maria Kowalczyk

Skarbnik ORPiP w Łodzi
Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Małgorzata Pniak
dyżuruje w II i IV wtorek miesiąca
w godz. 13.00–15.00
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
Edyta Ziemkiewicz
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca
w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

Agnieszka Głowacka
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
poniedziałek – dzień bez interesantów
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl
– *przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału
w kształceniu podyplomowym*

Konto bieżące OIPiP

Santander Bank Polska SA, ul. Sienkiewicza 24, II Oddział w Łodzi
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu

poniedziałek: dzień bez interesantów; wtorek: 10.00–17.45
środa, czwartek 8.00–15.45; piątek: dzień bez interesantów
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00
tel. 42 639 92 62

Biblioteka OIPiP

poniedziałek, środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
wtorek: 10.00–18.00

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00
tel. 42 633 23 94

Radca prawny

wtorek: 11.00–17.00, środa: 11.00–15.00, czwartek: 11.00–15.00
tel. 42 633 71 06

Kasa

poniedziałek: nieczynna
wtorek: 12.00–17.00; środa: 8.30–12.00, czwartek: 12.00–15.00;
piątek: nieczynna
tel. 42 639 92 76

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

TEMAT MIESIĄCA 16

PRAKTYKA ZAWODOWA 21

PODZIĘKOWANIA 25

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 31

POŻEGNANIA 34

KOMUNIKAT

Uprzejmie informujemy,
iż Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
w miesiącu lipcu i sierpniu we wtorki
będzie czynne w godzinach 8.00–16.00

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 69 63 w. 10
Redaktor Naczelny: Agnieszka Głowacka
Bank Zdjęć Photogenica: okładka, s. 2, 8, 20, 1
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych
materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów
niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
ISSN: 1640-7679
Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl



Szanowni Państwo,

dużą część bieżącego numeru poświęcamy tematowi rozgrzewającemu w ostatnim okresie serca pielęgniarskie, czyli majowym protestom naszego środowiska zawodowego – zachęcam do zapoznania się ze szczegółowym sprawozdaniem z tych wydarzeń. Chcielibyśmy również wzbudzić refleksję na temat kierunku, w jakim zmierza nasz zawód. Naszą dyskusję otwiera tekst mgr Krystyny Ejsmont. Zwracam również Państwa uwagę na artykuł dotyczący krzywdzenia dzieci. W związku ze Światowym Dniem Choroby Pompego zachęcam do przeczytania artykułu dotyczącego tej rzadkiej choroby. W tym numerze znajdziecie Państwo również ekspercki materiał z dziedziny położnictwa, dotyczący czynników ryzyka krwotoku poporodowego. Oczywiście poza wymienionymi tematami w bieżącym numerze Biuletynu znajdą państwo również wiele innych ciekawych artykułów i informacji, które gorąco polecam.

Agnieszka Głowacka
Redakcja Biuletynu

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

Posiedzenia i głosowania przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość na podstawie art. 14 hb Ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1842 ze zm.)

POSIEDZENIA KORESPONDENCYNE

XXXVII posiedzenie ORPiP w dniu 16 lutego 2021 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiej ORPiP w Łodzi – 12 pielęgniarek i 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Przyznano prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na czas określony i wpisano do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Wydano nowy dokument o prawie wykonywania zawodu położnej – 1 położnej.
- ▶ Wpisano pielęgniarki/pielęgniarskiej do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiej ORPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek i 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi oraz wymieniono na nowy dokument o prawie wykonywania zawodu – 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położną.

- ▶ Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu położnej – 1 położnej.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - skierowano na przeszkolenie – 1 położną.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 14 praktyk pielęgniarek i 1 praktyki pielęgniarskiej.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 3 praktyk pielęgniarek i 1 praktyki pielęgniarskiej, poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyk.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarskiej.
- ▶ Uchylono uchwałę w sprawie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarskiej (rezygnacja)
- ▶ Rozpatrzone wnioski w sprawie zapomóg:
 - przyznano członkom ORPiP w Łodzi 2 zapomogi losowe w wysokości: 2 × 2500 zł;
 - odmówiono 11 członkom ORPiP w Łodzi przyznania zapomogi ze względów regulaminowych – opisane zdarzenia nie mogły być uznane za zdarzenia losowe dotyczącego członka samorządu, których zaistnienie

spowodowało zapotrzebowanie na środki finansowe przekraczające możliwości gospodarstwa domowego wnioskodawców.

- ▶ Podjęto decyzje dotyczące składek członkowskich na rzecz ORPiP w Łodzi:
 - wyrażono zgodę na zwrot nadpłaty składek członkowskich na rzecz ORPiP w Łodzi – zgodnie z wnioskiem 2 pielęgniarek.
 - wyrażono zgodę na spłatę zaległych składek członkowskich na rzecz ORPiP, na raty – zgodnie z wnioskiem 2 pielęgniarek.
- ▶ Zatwierdzono:
 - decyzję o braku możliwości przeprowadzenia Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w roku 2021 w związku z ogłoszeniem w okresie od dnia 20 marca 2020 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2;
 - zmiany zasad gospodarki finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – w roku 2021 w czasie pandemii, na podstawie obowiązujących przepisów prawa;
 - przesunięcie środków finansowych pomiędzy grupami kosztów w planie budżetu ORPiP w Łodzi za rok 2020;
 - zmiany do Polityki Rachunkowości ORPiP w Łodzi;
 - zmiany zasad organizacji i zasady funkcjonowania biura oraz regulamin pracy pracowników biura ORPiP w Łodzi.
 - zmiany zasad wynagradzania pracowników biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi;
 - zmiany do planu szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu ORPiP w Łodzi w roku 2021 – zwiększono liczbę edycji kursów specjalistycznych w zakładach pracy oraz dziedziny szkoleń specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez ORPiP w Łodzi;
 - kadre dydaktyczną dla 7 kursów specjalistycznych, 1 kursu kwalifikacyjnego oraz 2 szkoleń specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez ORPiP w Łodzi;
 - komisję kwalifikacyjną i egzaminacyjną dla 9 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez ORPiP w Łodzi;
 - koszty zakupu środków ochrony osobistej dla uczestników poszczególnych form kształcenia podyplomowego organizowanych i finansowanych przez ORPiP w Łodzi;
 - koszty wykonania ryciny przedstawiającej obecną siedzibę ORPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym – 3 pielęgniarek oddziałowych.

LXVIII posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 25 lutego 2021 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiej i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 3 pielęgniarek i 1 pielęgniarskiej.

- ▶ Przyznano prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na czas określony i wpisano do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki/pielęgniarskiej z rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 2 pielęgniarskiej i 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Wydano duplikaty zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarskiej – 3 pielęgniarskiej.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 3 praktyki pielęgniarek i 2 praktyki pielęgniarskiej.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarskiej poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Rozpatrzone wnioski w sprawie zapomóg:
 - przyznano członkowi ORPiP w Łodzi 1 zapomogę losową w wysokości 2500 zł.
 - odmówiono 7 członkom ORPiP w Łodzi przyznania zapomogi ze względów regulaminowych – opisane zdarzenia nie mogły być uznane za zdarzenia losowe dotyczącego członka samorządu, których zaistnienie spowodowało zapotrzebowanie na środki finansowe przekraczające możliwości gospodarstwa domowego wnioskodawców.
- ▶ Podjęto decyzję dotyczącą składek członkowskich na rzecz ORPiP w Łodzi:
 - wyrażono zgodę na zwrot nadpłaty składek członkowskich na rzecz ORPiP w Łodzi – zgodnie z wnioskiem 1 pielęgniarskiej.
- ▶ Zatwierdzono:
 - kadre dydaktyczną dla 2 kursów specjalistycznych i 1 kursu kwalifikacyjnego organizowanych i finansowanych przez ORPiP w Łodzi.
 - komisję egzaminacyjną dla 3 kursów specjalistycznych organizowanego i finansowanego przez ORPiP w Łodzi.
 - koszty zakupu monografii „Samorząd Pielęgniarek i Położnych. Wczoraj, dziś, jutro” wydanej przez NRPiP z okazji 30-lecia samorządu pielęgniarek i położnych.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnych – 3 kursów kwalifikacyjnych i 3 kursów specjalistycznych u 2 organizatorów kształcenia podyplomowego.

XXXVIII posiedzenia ORPiP w dniu 23 marca 2021 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 3 pielęgniarskiej.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Przyznano prawo wykonywania zawodu pielęgniarskiej na czas określony i wpisano do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 8 pielęgniarskiej.
- ▶ Wpisano pielęgniarskiej do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 4 pielęgniarskiej.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położną.

- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położne z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarek i 2 praktyki pielęgniarzy.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki i 1 praktyki pielęgniarsza, poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 2 zapomogi losowe, w wysokości 1 × 1500 zł i 1 × 1000 zł.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi:
 - wyrażono zgodę na spłatę zaległych składek członkowskich na rzecz OIPiP, na raty – zgodnie z wnioskiem 1 pielęgniarki.
- ▶ Podjęto uchwały:

Zgodnie z art. 30 i 31a ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych oraz § 24a w roku 2021, w związku z ogłoszeniem na podstawie § 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polski stanu epidemii (Dz. U. z 2020 r., poz. 491 ze zm.) w okresie od dnia 20 marca 2020 r. do odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, uchwały w sprawie zatwierdzenia: sprawozdania z wykonania Budżetu za rok poprzedni; planu Budżetu na rok bieżący i przewidywania budżetowego na I kwartał roku następnego; sprawozdania finansowego OIPiP za poprzedni rok obrotowy i zatwierdzenia zysku bilansowego albo pokrycie straty bilansowej za dany rok, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi zatwierdziła:

 - sprawozdanie z wykonania budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi za 2020 rok;
 - zagospodarowanie nadwyżki bilansowej za 2020 rok;
 - budżet Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na rok 2021 oraz przewidywanie budżetowego na I kwartał roku 2022, zgodnie z wymogami ustawy o rachunkowości;
 - zatwierdzenia budżetu OIPiP w Łodzi na rok 2021 oraz przewidywanie budżetowego na I kwartał roku 2022;
 - zagospodarowania nadwyżki bilansowej za 2020 rok;
 - zatwierdzenia sprawozdania z wykonania budżetu OIPiP w Łodzi za 2020 rok.
- ▶ Zatwierdzono:
 - honoraria dla 5 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP nr 1–2/2021.
 - zmiany do planu szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w roku 2021;
 - kadrę dydaktyczną dla 6 kursów specjalistycznych oraz 2 szkoleń specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi;
 - komisje egzaminacyjne dla 3 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi;

- zmiany w prenumeracie czasopisma „Magazyn Pielęgniarki i Położnej” dla rejonów wyborczych/zakładów i organów OIPiP w Łodzi w 2021 roku – zmiany adresowe i organizacyjno-strukturalne w zakładach;
- koszty wykonania remontu 1 pomieszczenia na parterze siedziby OIPiP w Łodzi;
- koszty obchodów XXX-lecia powstania samorządu pielęgniarek i położnych przez OIPiP w 2021.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowisko kierownicze w podmiocie leczniczym – 1 pielęgniarki przełożonej.

LXIX posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 31 marca 2021 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarkom.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Przyznano prawo wykonywania zawodu pielęgniarsza na czas określony i wpisano do rejestru pielęgniarszy OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarszowi.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wymieniono na nowy dokument o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarsze.
- ▶ Wydano duplikaty zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 6 praktyk pielęgniarek i 1 praktyka pielęgniarsza, poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Rozpatrzono wnioski w sprawie zapomóg:
 - przyznano członkom OIPiP w Łodzi 2 zapomogi losowe w wysokości: 1 × 2500 zł i 1 × 2000 zł.
- odmówiono 8 członkom OIPiP w Łodzi przyznania zapomogi ze względów regulaminowych – opisane zdarzenia nie mogły być uznane za zdarzenia losowe dotyczące członka samorządu, których zaistnienie spowodowało zapotrzebowanie na środki finansowe przekraczające możliwości gospodarstwa domowego wnioskodawców.
- ▶ Zatwierdzono:
 - kadrę dydaktyczną dla 2 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi.
 - zakup notebooka do biura OIPiP w Łodzi.

LXX posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 16 kwietnia 2021 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Wpisano pielęgniarki/pielęgniarszy do rejestru pielęgniarek/pielęgniarszy OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę i 1 pielęgniarsza.
- ▶ Uchyłono stwierdzenie prawo wykonywania zawodu położnej OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Przedłużono termin ważności prawa wykonywania zawodu pielęgniarsza OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarszowi.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 praktyki pielęgniarki poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Przyznano członkom OIPiP w Łodzi 2 zapomogi losowe, w wysokości: 2 × 2500 zł i 1 × 1000 zł.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w:
 - kursie kwalifikacyjnym – 1 osobie,
 - kursie specjalistycznym – 3 osobom.
- odmówiono 1 osobie przyznania dofinansowania, ze względów regulaminowych – kurs specjalistyczny był organizowany i finansowany z budżetu OIPiP w Łodzi.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi:
 - wyrażono zgodę na spłatę zaległych składek członkowskich na rzecz OIPiP, na raty – zgodnie z wnioskiem 1 pielęgniarki.
 - wyrażono zgodę na zwrot nadpłaty składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi – zgodnie z wnioskiem 1 położnej.
- ▶ Zatwierdzono:
 - kadrę dydaktyczną dla 1 szkolenia specjalistycznego i 5 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi.
 - komisję egzaminacyjną dla 1 szkolenia specjalistycznego i 3 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanego przez OIPiP w Łodzi.
 - ▶ Wskazano kandydata do pełnienia funkcji Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie Pielęgniarstwa Ogólnego.
 - ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnych – 11 kursów specjalistycznych i 1 kursu kwalifikacyjnego u 2 organizatorów kształcenia podyplomowego.
 - ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym – 1 dyrektora ds. medycznych, 1 ordynatora i 2 pielęgniarek naczelnych.

XXXIX posiedzenia ORPiP w dniu 28 kwietnia 2021 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarszy OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarek i 1 pielęgniarsza.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 6 praktyk pielęgniarek i 1 praktykę pielęgniarsza.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 praktyk pielęgniarek poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Dokonano wpisu 1 kursu specjalistycznego w rejestrze organizatorów kształcenia OIPiP w Łodzi, zgodnie z wnioskami organizatora kształcenia.
- ▶ Zatwierdzono:
 - regulamin udzielania zapomóg członkom OIPiP w Łodzi – obowiązuje od 1 czerwca 2021 r. – *regulamin wraz z wnioskiem dostępny na stronie internetowej OIPiP w Łodzi;*
 - zasady udziału członków OIPiP w Łodzi w kształceniu podyplomowym organizowanym przez OIPiP w Łodzi ze środków własnych oraz zasad dofinansowania uczestnictwa członków OIPiP w Łodzi w określonych rodzajach kształcenia podyplomowego organizowanym przez inne podmioty – obowiązuje od 1 czerwca 2021 r. – *regulamin wraz z kompletem wniosków dostępny na stronie internetowej OIPiP w Łodzi;*
 - spotkania szkoleniowe on-line w ramach wsparcia psychologicznego dla pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi w związku z epidemią COVID-19, tematy dostępne na stronie internetowej OIPiP w Łodzi i dziale kształcenia;
 - zmiany do umowy na wykonanie i kolportaż Biuletynu OIPiP w Łodzi;
 - zmiany wysokości uposażenia za prowadzone kształcenie podyplomowe przez OIPiP w Łodzi;
 - zmiany do planu kosztów szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w roku 2021;
 - kadrę dydaktyczną dla 4 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi;
 - komisję egzaminacyjną dla 2 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi;
 - zakup sprzętu informatycznego i licencji PaloAlto do OIPiP w Łodzi;
 - serwisowanie 2 x w roku klimatyzatorów w salach wykładowych OIPiP w Łodzi;
 - zakup subskrypcji rocznej „Obsługa planów emerytalnych” do OIPiP w Łodzi;
 - kontynuowanie prac na parterze, parkingu i wokół siedziby OIPiP w Łodzi.

LXXI posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 20 maja 2021 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Przyznano prawo wykonywania zawodu pielęgniarki na czas określony i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Uchyłono przyznanie prawo wykonywania zawodu na czas określony pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zgodnie z Program przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - skierowano na przeszkolenie – 1 pielęgniarkę.
 - wydano zaświadczenie o odbytych przeszkoleniu – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 12 praktyk pielęgniarek i 1 praktyki pielęgniarsza.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi

- 2 praktyki pielęgniarek poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Zapomogi losowe:
 - przyznano członkowi OIPiP w Łodzi i zapomogę losową w wysokości 2000 zł;
 - odmówiono 1 członkowi OIPiP w Łodzi przyznania zapomogi ze względów regulaminowych – opisane zdarzenie nie mogło być uznane za zdarzenia losowe dotyczącego członka samorządu, których zaistnienie spowodowało zapotrzebowanie na środki finansowe przekraczające możliwości gospodarstwa domowego wnioskodawcy;
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w kursie specjalistycznym – 2 osobom.
- ▶ Zatwierdzono:
 - kadre dydaktyczną dla 4 szkoleń specjalizacyjnych oraz 3 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi;
 - komisję egzaminacyjną dla 3 kursów kwalifikacyjnych i 7 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnych – 2 kursów specjalistycznych u organizatora kształcenia podyplomowego.

oprac. mgr Maria Kowalczyk
Sekretarz ORPiP

Wykonywanie szczepień COVID-19 objęte ochroną ubezpieczeniową

Zakres ubezpieczenia OC (obowiązkowego lub dobrowolnego) obejmuje wykonywanie szczepień ochronnych przeciwko COVID-19. Ochronie ubezpieczeniowej zgodnie z obowiązującymi przepisami podlegają:

- uprawnieni do wykonywania szczepień ochronnych w przypadku stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, felczerzy i ratownicy medyczni, zgodnie z art. 21c ust. 2 Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 roku Nr 234 poz. 1570 z późn. zm.);
- fizjoterapeuci, farmaceuci, higienistki szkolne i diagnostki laboratoryjni, którzy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2021 roku w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (Dz. U. z 2021 roku poz. 293) ukończyli szkolenie teoretyczne i praktyczne oraz uzyskali dokument potwierdzający ukończenie szkolenia.



Komunikat Działu Kształcenia

Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 464/VII/2021
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 19 kwietnia 2021 r.

w sprawie obchodów Jubileuszu 30-lecia samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj. Dz. U. 2021 poz. 628) oraz art. 14hb ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. 2020, poz. 1842 ze zm.) uchwała się, co następuje:

§ 1

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych uznaje za niezwykle cenne i wyjątkowo ważne dla rozwoju samorządności zawodowej pielęgniarek i położnych osiągnięcia transformacji ustrojowej, której rezultatem było powstanie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych powołanego ustawą z dnia 19 kwietnia 1991 r.

W dniu 19 kwietnia 2021 roku na uroczystym XXVI posiedzeniu (on-line) Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych inauguruje obchody 30 rocznicy powstania samorządu jako święta samorządności zawodowej.

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zaprasza wszystkie Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych do podejmowania wspólnych przedsięwzięć, w których po upływie ponad ćwierćwiecza:

- okażemy jedność i podkreślimy wagę samodzielności zawodowej i prawo do samostanowienia o losach naszych zawodów;
- przypomnimy, utrwalimy i nadamy należną rangę zmianom, jakie nastąpiły w zawodach pielęgniarki i położnej oraz udziału samorządu zawodowego w systemie ochrony zdrowia po 1991 roku;
- wspólnie przypomnimy o datach, wydarzeniach i ludziach, którzy przez ostatnie 30 lat tworzyli samorząd oraz aktywnie uczestniczyli w realizacji jego zadań,
- podkreślimy dorobek osiągnięty we współpracy z innymi samorządami oraz instytucjami i organizacjami.

30 lat działania samorządu zawodowego skłania nie tylko do podsumowania dotychczasowych osiągnięć i dokonań, ale też obliuguje do spojrzenia w przyszłość. Troska o dobro członków samorządu oraz zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa polskiego, w szczególności w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia, profilaktyki oraz opieki i leczenia w ramach samodzielnych porad pielęgniarskich i położniczych i równego dostępu do tych świadczeń, nakłada na nas obowiązki na kolejne lata, opracowania i realizowania zadań samorządu, które doprowadzą do:

- autonomii i profesjonalnej niezależności zawodowej pielęgniarek i położnych poprzez posiadanie kompetencji pozwalającej na podejmowanie własnych decyzji i zakresu wolności potrzebnych do działania zgodnego z profesjonalnymi podstawami wiedzy i ponoszenie odpowiedzialności za dokonane wybory i działania;
- wprowadzenia do praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych nowych uprawnień zawodowych poprzez rzeczywiste wdrożenie świadczeń gwarantowanych w zakresie porady pielęgniarskiej, porady położniczej;
- zmiany struktury demograficznej pielęgniarek i położnych oraz likwidacji niedoborów kadrowych;
- umocnienia pozycji samorządu zawodowego oraz dalszego rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa.

Zadania te mogą być właściwie realizowane przez samorząd jedynie przy zaangażowaniu wszystkich struktur samorządu i wszystkich jego członków.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem przyjęcia.

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Wiceprezes NRPiP
Mariola Łodzińska

Serdecznie zapraszamy na warsztaty dla pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Aktualnie proponujemy dwie formy szkoleń:

- spotkania szkoleniowe on-line w ramach wsparcia psychologicznego w związku z epidemią COVID-19 (2 godziny);
- warsztaty psychologiczne – stacjonarnie (8 godzin).

Wykaz warsztatów na naszej stronie internetowej w kafelku „kształcenie podyplomowe” w zakładce „warsztaty psychologiczne”.

Spotkania szkoleniowe on-line w ramach wsparcia psychologicznego w związku z epidemią COVID-19 – tematy do wyboru:

- Jak radzić sobie z emocjami?
- Praca czy własne zdrowie? Praca czy własna rodzina? Konflikt możliwy do rozwiązania?
- Jak radzić sobie ze stresem w czasie epidemii COVID?
- Trauma rozwojowa/trauma szokowa.
- Interwencja kryzysowa w pielęgniarstwie/położnictwie.
- Jak wzmacniać poczucie własnej wartości?
- Jak radzić sobie w sytuacji konfliktowej?
- Asertywność w pracy i życiu.
- Jak wspierać rodziców w opiece nad noworodkiem.
- Cięża, poród i połóg – wrota do problemów emocjonalnych.
- Syndrom FASD, FAS – poalkoholowy zespół płodowy.
- Problemy emocjonalne dzieci.
- Prawidłowości rozwojowe a ADHD.
- Problemy emocjonalne dorosłych.
- Agresja i przemoc – profilaktyka i sposoby radzenia sobie.
- Agresja – sposób regulacji emocjonalnej.
- Rozwój ruchowy fundamentem rozwoju poznawczego człowieka.
- Zaburzenia neurorozwojowe.
- Zarządzanie przez coaching.
- Narzędzia i techniki komunikacji interpersonalnej w miejscu pracy.

Warsztaty psychologiczne (stacjonarne) – tematy do wyboru:

- Trauma i stres w życiu człowieka.
- Samopoznanie drogą do lepszego zarządzania sobą i emocjami.
- Inteligencja emocjonalna.
- Coaching w pielęgniarstwie/położnictwie.
- Psychologia w pracy z pacjentem medycznym.
- Profesjonalna pielęgniarka/położna – jak wzmocnić swój wizerunek?
- Psychologiczna obsługa klienta medycznego.
- Techniki pracy pielęgniarki/położnej w kontakcie z trudnym pacjentem.

- Radzenie sobie ze stresem oraz profilaktyka zespołu wypalenia.
- Wzmacnianie poczucia wartości personelu medycznego.
- Efektywna komunikacja interpersonalna.
- Radzenie sobie w sytuacjach konfliktowych.
- Noworodek i małe dziecko profesjonalne wsparcie dla rodziców.
- Alkoholowy Zespół Płodowy (FAS) – diagnoza i system pomocy.
- Kompetencje i zdolności małego dziecka – ocenianie na podstawie elementów skali NBAS Brazeltona.
- Rozwijanie kompetencji komunikacyjnych i umiejętności udzielania wsparcia kobietom w okresie okołoporodowym przez położne.
- Psychologiczne aspekty porodu oraz niefarmakologiczne metody łagodzenia bólu stresu
- Psychoprofilaktyka w położnictwie.
- Cięża, poród i połóg – wrota do problemów emocjonalnych.

Warsztaty poprowadzi mgr Jolanta Kałużna – psycholog, nauczyciel dyplomowany, trener umiejętności psychospołecznych, doświadczony specjalista w zakresie pracy diagnostycznej – terapeutycznej (badanie noworodków skalą NBAS Brazeltona, badanie i terapia dzieci ze spektrum FASD oraz zaburzeniami przywiązania), terapeuta wczesnego wspomagania rozwoju, terapeuta SI, trener Biofeedback EEG, terapeuta traumy wykorzystujący w swojej pracy między innymi: EMDR, Brainspotting, Somatic Experiencing oraz System Wewnętrznej Rodziny.

Osoby zainteresowane warsztatami psychologicznymi, spotkaniami szkoleniowymi w ramach wsparcia psychologicznego pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych serdecznie zapraszamy do zapisów. Zgłoszenia proszę składać indywidualnie lub grupowo poprzez wysłanie wiadomości e-mail na adres: kursy@oipp.lodz.pl z uwzględnieniem danych, takich jak:

- rodzaj i dziedzina kształcenia, imię, nazwisko, telefon
- i adres mailowy osoby zainteresowanej,

lub telefonicznie (042) 639 92 62.

Terminy będą ustalone po zebraniu grupy.

*

Ponadto zapraszamy do zapoznania się z informacjami udostępnionymi na stronie internetowej OIPIP w Łodzi – www.oipp.lodz.pl. W Dziale Kształcenia Podyplomowego znajdziecie Państwo m.in. najważniejsze informacje dotyczące kształcenia podyplomowego, instrukcję do Systemu Monitorowania Kształcenia oraz komunikaty dotyczące prowadzonych rekrutacji na kursy i szkolenia.



12 maja 2021 r.

Spółeczeństwo powinno przestać godzić się z sytuacją zdrowotną w Polsce.

Czerwona kartka od pielęgniarek i położnych dla Ministra Zdrowia!

W dniu 12 maja 2021 roku o godzinie 11.00 odbył się w Warszawie protest z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej. W ramach manifestacji zapowiedziano 18 legalnych zgromadzeń na trasie: Sejm RP – Matejki – Plac na Rozdrożu – Aleje Ujazdowskie – Belweder z zachowaniem reżimu sanitarnego. Do stolicy przyjechały przedstawicielki Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych z każdego województwa domagając się poprawy warunków pracy poprzez zwiększenie odpowiedniej obsady kadr medycznych oraz zwiększenia zarobków. Podczas trwania protestu omawiane były problemy pielęgniarek i położnych. Największym problemem występującym od lat są braki kadrowe. Obecnie średnia wieku pielęgniarek i położnych w Polsce wynosi 53 lata. Do końca tej dekady, jeżeli nic się nie zmieni, polska pielęgniarka będzie miała średnio 60 lat. Polska ma jeden z najgorszych wskaźników pod względem opieki pielęgniarskiej oraz położniczej. Według aktualnych danych wynosi ona 5,3 osoby na 1 tysięcy mieszkańców.



W najbliższym czasie 10,5 tys. pielęgniarek i położnych odejdzie na emeryturę. Studia skończy 5600 absolwentów. Niestety pracę w zawodzie zamierza rozpocząć jedynie 3600 osób. Deficyty kadrowe w naszej grupie zawodowej pogłębiają się, co jeszcze bardziej uwidoczniła to obecna pandemia. Już w 2020 roku ukazał się raport o wskaźnikach umieralności pacjentów, które są ściśle powiązane z ilością stanu zatrudnienia pielęgniarek. Aspekt finansowy to również kolejna bardzo istotna kwestia w pracy pielęgniarek i położnych. Jednym z powodów małego zainteresowania tym zawodem są stosunkowo niskie zarobki. Szczególnie obawy budzą burzliwe prace nad zmianą współczynników pracy, od której uzależnione jest ustalenie najniższego wynagrodzenia zasadniczego. Podejmowane obecnie przez Ministra Zdrowia działania – przede wszystkim w ramach prac Trójstronnego Zespołu do spraw Ochrony Zdrowia – dotyczące nowelizacji ustawy o najniższych wynagrodzeniach zasadniczych w ochronie zdrowia i zarazem rezygnacji z wypłaty tzw. zembalowego (OWU) w celu „uporządkowania wynagrodzeń” dla rzeszy pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych jest przykładem rażącej niesprawiedliwości. Przyznanie osobom z kilkudziesięcioletnim stażem pracy wynagrodzenia



zasadniczego na poziomie o kilkaset złotych niższym niż średnia krajowa, nie uznając tym samym ich kwalifikacji, doświadczenia zawodowego, odpowiedzialności, decyzyjności, wysiłku fizycznego i ponoszonego ryzyka zawodowego, może być dla wielu osób impulsem do odejścia z zawodu. Na początku 2020 roku Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych postulował o dokonanie zmian w ustawie w zakresie ponownego określenia grup zawodowych i wzrostu poziomu współczynników pracy. Na przestrzeni całego roku zgłoszono do przedmiotowej ustawy wiele uwag, wątpliwości, pytań, które zostały przez Ministerstwo Zdrowia praktycznie nieuwzględnione, nierozpoznane lub zupełnie zlekceważone („pozytywnie rozpatrzone” tylko jeden postulat – aby docelowo wzrost wynagrodzeń zasadniczych odbył się bez okresów przejściowych i nastąpił 01.07.2021 roku). **Ustalenie wysokości wynagrodzenia za pracę pracowników szpitali i innych podmiotów leczniczych powinno odbywać się w oparciu o war-**

tościowanie tej pracy. Przy wycenie poziomu najniższego wynagrodzenia w poszczególnych grupach zawodowych, poza wykształceniem uznane powinny zostać jeszcze inne, mające ogromne znaczenie czynniki, takie jak: odpowiedzialność, wiedza, doświadczenie zawodowe, wymagania psychofizyczne i umysłowe oraz warunki środowiska pracy.

Pracownicy systemu ochrony zdrowia, w tym pielęgniarki, są jedną z grup szczególnie narażonych na zakażenie koronawirusem. Podczas pandemii zmarło ponad 160 pielęgniarek i położnych. Pielęgniarki pracują po 300 godzin w kilku podmiotach leczniczych. Praca jest stresująca. Brakuje chętnych do pracy. Dwie pielęgniarki wykonują zadania za trzy, cztery osoby. To obniża jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych i stanowi zagrożenie zarówno dla pielęgniarek jak i pacjentów. W tej sytuacji Zarząd Związku Zawodowego OZZPiP postawił ultimatum Ministrowi Zdrowia na przedstawienie ostatecznych rozwiązań.

Wszystkim Pielęgniarkom i Położnym w Polsce przekazujemy wyrazy najwyższego uznania i podziękowania za niesłabnące zaangażowanie, wytrwałość i codzienną pracę na rzecz pacjentów w obliczu cierpienia i pandemii Covid-19.

mgr piel. Elżbieta Janiszewska



7 czerwca 2021 r.

Pierwsza fala strajków ostrzegawczych i akcji protestacyjnych pielęgniarek i położnych

W dniu 7 czerwca 2021 roku przed siedzibą Łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego przy ulicy Piotrkowskiej 104, podobnie jak w wielu największych miastach w Polsce, odbyła się akcja protestacyjna, w której udział wzięło ponad stu przedstawicieli poszczególnych placówek medycznych z województwa łódzkiego. Akcję protestacyjną w godzinach 11.00–13.00 prowadził Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Regionu Łódzkiego przy wsparciu samorządu. Zdzisław Bujas, przewodniczący OZZPiP Regionu Łódzkiego oraz Agnieszka Kałużna – przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi i Anna Augustyniak – przewodnicząca ORPiP w Sieradzu, mówili nie tylko o problemach ochrony zdrowia w województwie łódzkim, ale również ochrony zdrowia i systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Zwrócono uwagę na brak działań, pomimo podpisania w 2017 roku ze stroną rządową „Strategii Na Rzecz Rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”.

Pielęgniarki protestowały przeciwko pogarszającym się warunkom pracy i płacy. Strajk ostrzegawczy został wyznaczony na 7 czerwca po tym, jak OZZPiP przerwał rozmowy z Ministerstwem Zdrowia. Bezpośrednio po tym rząd wniósł do Sejmu pilny projekt ustawy o najniższych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia, na który – jak podkreśla rząd – zgodzili się partnerzy społeczni, przede wszystkim reprezentatywne związki zawodowe NSZZ „Solidarność” oraz OPZZ. Sejm przyjął ustawę bez poprawek zgłaszanych przez stronę społeczną i opozycję. Głównym powodem protestu jest procedowana w Sejmie i Senacie ustawa o sposobie ustalania

najniższego wynagradzania zasadniczego w podmiotach leczniczych, która nie gwarantuje stabilnych zasad wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych, pomimo licznych dotyczących rażącego pogorszenia warunków pracy i płacy, trwającego od wielu miesięcy stresu, przemęczenia i wypalenia zawodowego.

Pielęgniarki chcą, by ustalone przez rząd zasady wynagradzania, ale też warunków pracy zwiększały zainteresowanie młodego pokolenia zawodami pielęgniarki i położnej. Środowisko pielęgniarek i położnych – zarówno związek zawodowy, jak i izby pielęgniarskie – szacuje, w najbliższych pięciu latach z zawodu odejdzie 100 tys. pielęgniarek, a w tym samym czasie pracę w zawodzie rozpocznie ok. 20 tys. W niektórych województwach już teraz sytuacja jest krytyczna. Pielęgniarki i położne domagają się określenia norm, które stanowiłyby rzeczywistą gwarancję bezpieczeństwa pacjentów i właściwych warunków pracy. Obecne normy zatrudnienia nie określają wymaganej liczby pielęgniarek i położnych na dyżurze, co



jest niedopuszczalne. Odnosząc się do opublikowanego przez samorząd raportu na temat stanu kadrowego pielęgniarek, oprócz nadciągającego „tsunami” odejść pielęgniarek z zawodu z powodu osiągnięcia wieku emerytalnego, problemem jest wczesna umieralność osób pracujących w zawodach pielęgniarki i położnej. Pielęgniarki umierają ok. 62 roku życia, przy średniej długości życia w Polsce kobiet blisko 82 lat. To pokazuje, w jak trudnych warunkach pracują i jak negatywnie odbija się to na ich zdrowiu.

W Łodzi akcję protestacyjną popierali posłowie Dariusz Joński, Katarzyna Lubnauer, Cezary Grabarczyk oraz senator Artur Dunin. Przedstawiciele pielęgniarek i położnych złożyli petycję z postulatami na ręce Pana Wicewojewody Krzysztofa Cieciorę. W najbliższym czasie odbędzie się posiedzenie senackiej Komisji Zdrowia, na której wszystkie poprawki odrzucone w Sejmie zostaną ponownie zgłoszone w Senacie. W przypadku braku pozytywnych rozwiązań przez stronę rządzącą, środowisko pielęgniarek i położnych przygotowuje się do dalszej walki o bezpieczeństwo pacjentów oraz poprawę warunków pracy i płacy.

mgr piel. Elżbieta Janiszewska



Stanowisko
Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

z dnia 7 czerwca 2021 r.

w sprawie poparcia protestu pielęgniarek i położnych

Koło Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych OIPIP w Łodzi popiera zaplanowaną na dzień 7 czerwca 2021 r. akcję protestacyjną pielęgniarek i położnych.

Poprawa warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych są postulatami bardzo istotnymi dla właściwego funkcjonowania całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Średnia wieku pielęgniarek i położnych jest bardzo wysoka.

Co miesiąc kolejne pielęgniarki i położne odchodzą na emeryturę. W krótkim czasie może okazać się, że pacjentami po prostu nie będzie miał się kto opiekować. Apelujemy zatem o podjęcie pilnych działań w celu stworzenia godziwych warunków pracy i wynagradzania. Uważamy to za warunek konieczny zarówno dla utrzymania obecnej kadry pielęgniarek i położnych, jak również dla uzupełnienia luki pokoleniowej – zachęcania młodych osób do kształcenia się w naszych zawodach. Wyrażamy nadzieję, że akcja protestacyjna zaplanowana na dzień 7 czerwca 2021 r. przyczyni się do dostrzeżenia postulatów zgłaszanych przez pielęgniarki i położne przez osoby mające wpływ na system opieki zdrowotnej w Polsce.

(-) Agnieszka Domżańska
Przewodnicząca KEPiP

(-) Belinda Fabian
Wiceprzewodnicząca KEPiP



Sz. Pan
Tobiasz Adam Bocheński
Wojewoda Łódzki

LIST OTWARTY

OGÓLNOPOLSKIEGO ZWIĄZKU ZAWODOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH REGIONU ŁÓDZKIEGO

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁÓDZI

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W SIERADZU

Działając w imieniu Regionu Łódzkiego Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Sieradzu – zrzeszających najliczniejszą grupę osób wśród zawodów medycznych wnosimy o poparcie naszych działań dotyczących poprawy warunków pracy i wynagrodzeń.

Propozycja nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych przygotowana przez Ministra Zdrowia i procedowaną obecnie w Senacie RP nie spełnia oczekiwań pracowników medycznych.

Pomimo działań podjętych przez przedstawicieli Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, prób nawiązywania dialogu, zgłaszania zdań odrębnych, poszukiwania alternatywnych rozwiązań, obrazowania stanu rzeczywistości i wynikającej z niej problemów, rządzący pozostają obojętni wobec przedstawianych argumentów i coraz trudniejszej sytuacji kadrowej w naszych grupach zawodowych.

Zgodnie z zapisem art. 68 Konstytucji RP obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Rząd dbający o obywateli powinien zadbać również o to, aby system ochrony zdrowia był sprawny, a pracujący w nim ludzie byli odpowiednio docenieni i wynagradzani. W Polsce dzieje się zupełnie odwrotnie: Rząd i Sejm złymi warunkami pracy i płacy zniechęca pielęgniarki i położne do zatrudniania się w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, pogarszając w ten sposób zarówno dostępność jak i jakość opieki zdrowotnej.

Zawody pielęgniarki i położnej są deficytowe na rynku pracy z tendencją do pogłębiania się zapaści wiekowej, średnia wieku pielęgniarek wynosi ponad 53 lata, a położnych ponad 51 lat. Co roku zwiększa się liczba pielęgniarek i położnych nabywających uprawnień emerytalnych, tj. około 10 500 osób. W obecnej, już dramatycznej sytuacji kadrowej, 70 tysięcy pielęgniarek i położnych pracujących w systemie ma powyżej 61 lat. Stanowi to 1/4 wszystkich zatrudnionych i ich odejście oraz definitywne zakończenie pracy w ochronie zdrowia spowoduje zmniejszenie dostępności do świadczeń zdrowotnych to może spowodować konieczność zamknięcia około 280 szpitali w Polsce.

Jeżeli zapisy proponowane przez Ministra Zdrowia wejdą w życie, nastąpi drastyczne odejście pielęgniarek i położnych z systemu ochrony zdrowia, absolwenci uczelni kształcących pielęgniarki i położne nie podejmą pracy w zawodzie, ponownie nasili się emigracja zarobkowa a osoby już pracujące w naszych zawodach będą szukać atrakcyjniejszego wynagrodzenia za prace lżejszą i mniej odpowiedzialną.

Marginalizowanie i lekceważenie warunków pracy pielęgniarek i położnych stanowi realne zagrożenie dla pacjentów. Według badań przeprowadzonych przez Międzynarodowej Rady Pielęgniarek brak zaledwie jednej pielęgniarki na danej zmianie na oddziale szpitalnym powoduje wzrost zgonów o 7%. Jesteśmy przekonani, że do zatrważającej w Polsce nadumieralności (w tej dziedzinie wiemy niechlubny prym w Europie) w okresie pandemii COVID-19 przyczyniło się zawieszenie przez Ministerstwo Zdrowia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych (które i tak były dotąd – dosłownie – minimalne). Pacjenci są pozostawieni sami sobie.

Czy na tym zależy rządzącym?

Wynagrodzenie pielęgniarek i położnych w Polsce należy do jednych z najniższych w krajach Unii Europejskiej. Procedowana obecnie nowelizacja ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych przygotowana przez Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego, zmieniająca zasady wynagradzania pielęgniarek i położnych nie realizuje przyjętej przez Rząd Wieloletniej polityki państwa na rzecz pielęgniarstwa i położnictwa, jak również Porozumienia z dnia 9 lipca 2018 r. zawarte pomiędzy MZ i NFZ, a OZZPiP i NIPiP i w niedługim czasie doprowadzi do ich zniszczenia naszych zawodów.

Przyznanie osobom z kilkudziesięcioletnim stażem pracy wynagrodzenia zasadniczego na poziomie o kilkaset złotych niższym niż średnia krajowa, nie uznając tym samym ich posiadanych kwalifikacji zawodowych, doświadczenia zawodowego, odpowiedzialności, decyzyjności, wysiłku fizycznego i ponoszonego ryzyka zawodowego jest dla naszych zawodów „policzkiem” i stanowić będzie bezpośredni impuls do odejścia z zawodu.

Absolwenci pielęgniarstwa i położnictwa dalej zasilać będą kadry w zakładach opieki zdrowotnej za granicą. Przyjmujemy: pielęgniarka i położna to zawody specjalistyczne i właśnie w taki sposób powinny być wynagradzane.

Poprawa sytuacji pielęgniarek i położnych w systemie ochronie zdrowia może nastąpić poprzez wprowadzenie uwzględnienie do projektu zmiany ustawy następujących postulatów:

Pilne określenie nowego podziału grup zawodowych.

1. Podniesienie wartości współczynników pracy, tak aby najniższy poziom wynagrodzenia zasadniczego w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych wynosił od 1 lipca 2021 r. co najmniej równowartość przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, w danym roku ogłoszonego przez Prezesa GUS.

2. Zagwarantowanie środków finansowych dla pielęgniarek i położnych (około 20 tysięcy) wykonujących zawód w formie umów cywilnoprawnych, których obecny projekt ustawy nie gwarantuje.

3. Zastąpienie w załączniku do ustawy zapisu „wymagane kwalifikacje” na „posiadane kwalifikacje” na danym stanowisku pracy.

4. Dodanie w ustawie zapisu nakładającego na pracodawców obowiązek automatycznego podniesienia wynagrodzenia zasadniczego w przypadku podniesienia kwalifikacji zawodowych.

5. Wprowadzenie zabezpieczeń ustawowych w zakresie finansowania wzrostów wynagrodzeń dla podmiotów leczniczych (pracodawców).

6. Nowelizacja ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych wart. 19 ust. 1 pkt 1 w ten sposób, aby zagwarantować pielęgniarkom i położnym wynagrodzenie zasadnicze w wysokości nie niższej niż ich wynagrodzenie zasadnicze, określone w umowie o pracę aktualne na dzień 30 czerwca 2021 r. oraz wszystkie inne dodatkowe składniki wynagrodzenia wypłacane i finansowane na podstawie przepisów przejściowych OWU.

7. Uznanie pielęgniarkom i położnym każdego innego wykształcenia wyższego mającego zastosowanie w ochronie zdrowia, np. zdrowie publiczne, promocja zdrowia i edukacja zdrowotna, opieka paliatywna itd., tak jak ma to miejsce w przypadku innych zawodów.

Odebrane przez pielęgniarki i położne wykształcenie musi zostać zakwalifikowane we współczynnikach pracy odpowiednio tak, jak dzieje się to w przypadku absolwentów studiów pielęgniarskich.

Rząd RP najprawdopodobniej zapomniał o przyjętym przez siebie dokumencie „Polityka Wieloletnia Państwa na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”, która kompleksowo określa kierunki działań, jakie należy podjąć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarskiej dla pacjentów.

Oczekujemy pilnej realizacji zapisów „Polityki” poprzez natychmiastowe działania władz zmierzające do:

- poprawy warunków pracy pielęgniarek i położnych;
- określenia ról i kompetencji pielęgniarek i położnych w systemie ochrony zdrowia
- określenia faktycznej liczby pielęgniarek i liczby położnych w systemie ochrony zdrowia, wraz z określeniem docelowych wskaźników na 1 tys. mieszkańców;
- wypracowanie przepisów dotyczących liczby oraz kwalifikacji pielęgniarek i położnych realizujących świadczenia gwarantowane w poszczególnych zakresach świadczeń;
- wypracowania mechanizmów motywujących podmioty lecznicze, posiadające umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia, do określenia minimalnych norm zatrudniania.

**PAŃSTWO WOJEWODOWIE
WIĄCZCIE SIĘ W RATOWANIE NASZYCH ZAWODÓW I POLSKICH PACJENTÓW!**



mgr AGNIESZKA FORMA

Molestowanie dziecka

Skutki psychospołeczne. Kto i jak może rozpoznać problem i pomóc?

Zjawisko molestowania dzieci mimo, że jest obecne w naszym społeczeństwie, wciąż pozostaje niewidoczne. Podobnie jak niewidoczne są dzieci, które doświadczają przemocy seksualnej. Molestowanie seksualne jest przemocą, jest naruszeniem granic, pogwałceniem praw, odebraniem wolności.

Molestowanie dziecka nie jest złem samym w sobie, zjawiskiem apriori, nie jest złem danym w czystym unacznieniu. Jest zjawiskiem niewidocznym, a stanowiącym zło, które dokonuje destrukcji długo po zaistniałym fakcie. Dzieci molestowane seksualnie po zaistniałym wydarzeniu krzywdzenia ich, tudzież w jego następstwie, borykają się z zaburzeniami poznawczymi, emocjonalnymi, a ich świat staje się skrzywiony wskutek odcisniętego piętna.

Kontakty seksualne dziecka z dorosłą osobą są doświadczeniem, które ma wiele negatywnych skutków w jego życiu dorosłym. Czasem jeden incydent w dzieciństwie może drogą indukcji zaważyć na całym dorosłym życiu i mieć negatywne konsekwencje we wszystkich obszarach jego funkcjonowania. Trwałość, intensywność doświadczeń jest zależna od wielu czynników, jak etap rozwoju dziecka w momencie wykorzystania seksualnego, jego relacje ze sprawcą, czas trwania wykorzystywania, jak również jego

ujawnienie i otrzymane wsparcie. (Beisert M., Izdebska A., „Wykorzystanie seksualne dzieci. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 11 (2), 2012)

Zjawisko wykorzystywania seksualnego dzieci dopiero w latach 80. zostało uznane za istotny problem społeczny. Wtedy to dopiero zaczęto interesować się tym problemem, badać jego skalę oraz mechanizmy. Okazało się wówczas, że opisanie wykorzystywania dzieci jest niezwykle trudne, bowiem niewiele przypadków jest ujawniane. Niewidoczne zjawisko i niewidoczne dzieci czynią ów problem jeszcze ważniejszym i szczególnie istotnym jest, aby wszędzie tam, gdzie dzieci przebywają, uczyć się, bawić, leczyć, osoby które z nimi pracują były świadome i uwrażliwione na ten problem, by znały sposoby jego rozpoznawania i wsparcia dzieci – ofiar molestowania seksualnego.

Pomimo faktu, że wzrosło zainteresowanie problemem wykorzystywania seksualnego dzieci wśród badaczy z wielu dziedzin, jak psychologia, pedagogika, prawo, medycyna, wciąż obserwuje się skłonność do ignorowania tego problemu wśród osób, od których oczekiwano by raczej działać w celu zapobiegania i pomocy dzieciom, które dotknęły nadużycie seksualne. W społeczeństwie polskim nadal

zjawisko molestowania seksualnego jest zepchnięte w cień. Spowodowane jest to wstydem i milczeniem, które go osnuwa. Już na poziomie rodziny w kwestii seksualności panuje tabu. Rodzice rzadko prowadzą rozmowy edukacyjne z dziećmi na ten temat. Wynika to z rozmaitych przyczyn, jak źle postrzeganej moralności i intymności, ale głównie z braku wiedzy na temat zjawiska molestowania. (Pielęgniarki Cyfrowe, „Molestowanie seksualne dzieci”, 2020-01-08, pielęgniarkicyfrowe.pl)

Pielęgniarka jako wychowawczyni społeczna pełni ważną rolę w procesie przeciwdziałania zjawisku molestowania seksualnego dzieci, jak również niesienia pomocy, wsparcia jego ofiarom. Do obowiązków pielęgniarki należy profesjonalna opieka nad pacjentem. W zakres jej kompetencji wchodzi również edukacja, umiejętność uważnego obserwowania, czujnej uwagi oraz właściwego reagowania na wszelkie przejawy przemocy wobec dzieci. (Pielęgniarki Cyfrowe, „Molestowanie seksualne dzieci”, 2020-01-08, pielęgniarkicyfrowe.pl).

Pielęgniarka pracuje z dziećmi, z ich rodzicami, w różnych środowiskach: w przedszkolu, szkole, domu dziecka, szpitalu, przychodni, hospicjum, w różnych placówkach

edukacyjno-wychowawczych oraz zdrowotnych. Jej działania wykraczają poza obszar instytucjonalny. Pielęgniarka pracuje z rodzinami w środowisku ich życia, dociera do domów. Celem jest zatem by była istotnym ogniwem w procesie pomocy i wspierania ofiar. Intencją autorki jest przybliżenie tematu molestowania seksualnego dzieci, by poprzez zagłębienie się w ten temat, poszerzenie wiedzy w tym zakresie, pielęgniarki mogły skutecznie chronić dzieci przed wykorzystywaniem seksualnym oraz poprzez kształtowanie umiejętności rozpoznawania problemu mogły pomóc krzywdzonym dzieciom.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) wykorzystywanie seksualne dziecka to: „włączenie dziecka w aktywność seksualną, której nie jest w stanie w pełni zrozumieć i udzielić na nią świadomej zgody i/lub na które nie jest dojrzałe rozwojowo i nie może zgodzić się w ważny prawnie sposób i/lub która jest niezgodna z normami prawnymi lub obyczajowymi danego społeczeństwa.” J. Wyżyńska proponuje również definicję używaną w Kanadzie, tj.: „molestowanie seksualne to jakakolwiek forma bezpośredniego lub pośredniego wykorzystania dziecka przez dorosłego do celów seksualnych, a także aktywność seksualna między dziećmi, gdy są rodzeństwem, użycie przymusu lub brak wzajemnej interakcji wskazują, że jedno wykorzystuje drugie.” (Sejkowska M., „Wykorzystywanie seksualne dzieci. Ustalenia terminologiczne, skala zjawiska, oblicza problemu społecznego. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 1 (1), 2002). Dziecko zatem może być zarówno ofiarą, jak i sprawcą przemocy seksualnej. Zdarza się, że dzieci dopuszczają się nadużyć seksualnych wobec młodszych od siebie dzieci lub swoich rówieśników.

Wykorzystywanie seksualne to zarówno sytuacje, w których dochodzi do kontaktu fizycznego między dzieckiem a sprawcą, jak i takie, w których kontakt fizyczny nie miał miejsca. Akty fizycznego kontaktu z dzieckiem to: masturbacja, dotykanie, stosunki seksualne, analne, pieszcoty o zabarwieniu seksualnym, gwałt. Wykorzystywanie seksualne bez kontaktu fizycznego to przede wszystkim wszelkie formy werbalnego molestowania, oglądanie z dzieckiem filmów pornograficznych, ekshibicjonizm, rozbieranie dziecka, eksponowanie go innym, onanizowanie się w jego obecności. (Pospiszyl I., „Wykorzystywanie seksualne dzieci”, Psychologia wychowawcza 1/199) Do nadużyć seksualnych dochodzi obecnie coraz częściej przy użyciu współczesnych technologii, jak Internet, telefony komórkowe. Coraz częściej obserwuje się zjawisko groomingu, czyli werbowania dzieci do kontaktów seksualnych online.

W naszym państwie karze podlega obcowanie seksualne z dzieckiem poniżej 15 r.ż., natomiast zjawisko prostytucji i pornografii polskie prawo zabrania wobec osób poniżej 18 r.ż. Istotnym jest tutaj wyodrębnienie pedofilii. Pedofilia jest to „często spotykana parafilia, polegająca na osiągnięciu satysfakcji seksualnej w kontakcie z dziećmi.” Pedofil to zatem dorosły człowiek, zwykle mężczyzna, który popełnia przestępstwo molestowania seksualnego dzieci.

(Sejkowska M., „Wykorzystywanie seksualne dzieci. Ustalenia terminologiczne, skala zjawiska,„ oblicza problemu społecznego. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 1 (1), 2002)

Doświadczenie przemocy seksualnej w dzieciństwie może skutkować zachowaniami pedofilnymi w życiu dorosłym (choć nie stanowi to reguły) z powodu utrwalenia odchyleń od normy w mózgu. Trzeba bowiem pamiętać, że molestowanie skesualne jest stymulowaniem sfery seksualnej w młodym człowieku, rozbudzenie tej sfery, z której płyną doświadczenia przyjemności.

Dorosły człowiek molestowany w dzieciństwie zwykle ma poczucie winy, bowiem z jednej strony jest zły na to, co się stało, wie, że było to coś złego, wykraczającego poza granice, krzywdzącego, ale z drugiej strony sprawiło przyjemność, więc rodzi to poczucie winy. Nierzadko ofiary molestowania seksualnego wchodzą w relację ze swoim „katem”, wracają do niego, są mu posłuszne. Dlaczego? Dzieje się tak z różnych przyczyn, takich jak strach, obawa przed odrzuceniem, rozbudzenie seksualne lub inne formy uwikłania ofiara – sprawca. A jeśli „kat” jest autorytetem lub kimś bliskim, dołącza się chęć przypodobania, zabieganie o względy, czy też ślepe zaufanie. Pedofile są często jak wilki w owczej skórze, zbliżają się do swej niewinnej ofiary, jak do owieczki, maskując się i budząc jej zaufanie, wykorzystując swój autorytet i naiwność ofiary, przyoblekają się w płaszczek dobrych zamiarów, miłości i przywiązania.

Dziecko molestowane seksualnie jest jak dziewiczy ogród, w który ktoś brutalnie wkroczył i podeptał najpiękniejsze kwiaty, które dopiero rozkwitły. Dorosły wykorzystywany w dzieciństwie nigdy nie odzyska kwiatów i owoców tego okresu, jego dziewictwa, bowiem ktoś te dopiero co rozkwitające kwiaty brutalnie zerwał, sięgnął po nie, jak po swoje, odbierając wolność i godność ich właścicielowi. Rosnące i rozkwitające kwiaty w dziewiczym ogrodzie stanowią ważny symbol wolności, prawa do indywidualizmu, do dokonywania wyboru, jak dalek ów ogród będzie wyglądał, czy też kogo do niego zaprosić. Dziecko molestowane seksualnie zostaje pozbawione wyboru, możliwości odkrywania, co w jego ogrodzie kiełkuje, co wzrasta, czego się pozbyć, a co rozwijać. Dorosły wykorzystujący seksualnie dziecko do zaspokajania swoich potrzeb seksualnych gwałci jego prawo do naturalnego wzrostu i rozwoju, odbiera mu możliwość uczenia się i odkrywania miłości.

Stąd może być tak, że dorosły wykorzystywany w dzieciństwie będzie sam wykorzystywał dzieci, ponieważ nie zna innej formy miłości i zaspokojenia seksualnego. Osoba taka może również cierpieć, bo nie będzie potrafiła otworzyć się na miłość w związku i małżeństwie, będzie zablokowana na inny rodzaj zaspokojenia seksualnego. Może być też tak, że będzie wchodzić w związki seksualne z wieloma partnerami, jako że będzie poszukiwać zaspokojenia seksualnego, które zostało rozbudzone w dzieciństwie. Zdarza się również tak, że dorosły wykorzystywany w dzieciństwie unika kontaktu seksualnego z powodu lęku, który wkraść się w wyniku

urazu psychicznego. Bywa i tak, że osoba taka założy rodzinę, będzie dobrze funkcjonować i radzić sobie w związku jako rodzic, ale będzie mieć innego rodzaju problemy, jak lęk, fobie, ze względu na traumę w przeszłości.

Kluczową kwestią w przeciwdziałaniu przemocy seksualnej wobec dzieci jest profilaktyka pierwszorzędowa, czyli wielowymiarowe działania adresowane do całego społeczeństwa. Analizy skuteczności działań profilaktycznych pokazują jak ważną formą zapobiegania nadużyciom seksualnym jest edukacja seksualna dzieci. (Izdebska A., Ruchel A., „Profilaktyka wykorzystywania seksualnego dziecka. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 10 (1), 2011).

Opinie rodziców na temat edukacji seksualnej w szkole nie są jednoznaczne. Niezależnie jednak od kontrowersji wokół tematu dorośli Polacy są jednomyślni, że wszyscy rodzice i opiekunowie powinni wiedzieć, jak chronić dziecko przed wykorzystywaniem seksualnym oraz jakie sygnały winny budzić podejrzenie, że dziecko jest wykorzystywane seksualnie. Większość rodziców uważa, że dzieci już w wieku przedszkolnym są gotowe na to, by podejmować z nimi tematy związane ze sferą seksualną, stawianiem granic, jak również szukaniem pomocy w niepokojących sytuacjach. Rozmowy te pozwalają na dostosowanie do poziomu rozwoju dziecka edukację wzmocniającą umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrożeń, bez poruszania wprost tematu wykorzystywania seksualnego. (Sajkowska M., „Wykorzystywanie seksualne dzieci. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 2011)

Pielęgniarka jako wychowawczyni społeczna powinna włączyć się w edukację seksualną dzieci i ich rodziców. Może to czynić poprzez organizowanie pogadanek dla dzieci, rodziców, poprzez wspieranie nauczycieli w prowadzeniu edukacji seksualnej, współpracę z pedagogami i psychologami w tym obszarze.

Podczas edukacji dzieci można poruszać tematy: wyznaczenia granic w osobistym kontakcie z innymi osobami, możliwości szukania pomocy u dorosłych, możliwości rozmowy z rodzicami na wszystkie tematy, różnic między złym a dobrym dotykiem, dostarczania informacji, że są osoby, które mogą wykorzystywać seksualnie dzieci. Jeśli chodzi natomiast o edukację dorosłych wśród rodziców dzieci ważne jest poruszanie tematów: rozpoznawania znamion wykorzystywania seksualnego dzieci, sposobów rozmowy z dzieckiem na temat zagrożeń, budowania poczucia, że dziecko może powiedzieć rodzicom wszystko. (Sajkowska M., „Wykorzystywanie seksualne dzieci. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 2011)

Autorka uważa, że trzeba edukować pielęgniarki w zakresie reagowania na sytuację ujawnienia przez dziecko wykorzystania seksualnego oraz w zakresie obserwacji dziecka pod kątem zdiagnozowania i interwencji w tym zakresie.

Jedynymi pewnymi wskaźnikami świadczącymi o tym, że dziecko zostało wykorzystywane seksualnie to: ciąża, obecność nasienia w pochwie lub odbycie i choroby weneryczne. Jednak zanim te objawy nastąpią, jeśli w ogóle,

to mogą minąć miesiące, a nawet lata, podczas których to przemoc seksualna dokona coraz większej destrukcji biopsychospołecznej krzywdzonego dziecka. Pielęgniarka, szczególnie pracująca w środowisku szkolnym, przebywająca na co dzień z dzieckiem powinna uważnie je obserwować, dzięki czemu może dostrzec pewne oznaki, symptomy informujące, że mogło wydarzyć się coś złego. Sygnałami mogą być następujące zachowania dziecka:

- unikanie kogoś z członków rodziny, rozmów o nim, bądź kontaktu z innymi dorosłymi;
- próby mówienia o zdarzeniu niebezpośrednio (np. mówi, że ktoś chciał, żeby dochowało tajemnicy);
- opisywanie zachowania osoby dorosłej wskazujące na to, że ta osoba próbowała je uwieść;
- przygnębienie i wycofanie;
- problemy ze snem;
- dolegliwości mogące wskazywać na wykorzystanie seksualne, np. ból w okolicach genitaliów lub odbytu;
- nagłe problemy ze szkołą – nie chce do niej chodzić, ma trudności z koncentracją, uwagą, czy nauką;
- nagłe zmiany zachowania, agresja;
- nietypowe zachowania seksualne (np. publiczna masturbacja, czy wypowiedanie się o seksie w dziwny sposób, inaczej niż do tej pory, wykazywanie wiedzy seksualnej nieadekwatnej do wieku) (<http://www.zlydotyk.pl/objawy-wsd>)
- wycofanie, izolowanie się, smutek;
- zabawy o charakterze erotycznym, np. zabawa lalkami naśladowująca ruchy seksualne;
- lęk, zachowania unikające.

Dzieci rzadko ujawniają doświadczenie wykorzystywania seksualnego, a nawet jeśli to zrobią nie zawsze dochodzi do poinformowania jakichkolwiek służb, w tym organów ścigania. Beisert M., Izdebska A., „Wykorzystanie seksualne dzieci. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”, 11(2), 2012) Dlaczego tak się dzieje, że dzieci dźwigają ogromny ciężar emocjonalny związany z wykorzystywaniem seksualnym, ale mimo tego nikomu o tym nie mówią?

Tatę widuję tylko w wakacje. Niestety, on mieszka w jednym domu ze swoim bratem. Wujek zawsze wymyśla jakieś sprawy, w których muszę mu pomóc – w piwnicy albo na strychu, albo w garażu. Jak upewni się, że jesteśmy sami, to zaczyna się do mnie przystawiać. Niby w żartach, ale mnie to wcale nie śmieszy. Ostatnio był bardziej natarczywy niż zwykle, ledwo mu się wyrwałem. Chciałbym powiedzieć o tym mamie, ale boję się, że zabroni mi jeździć do taty.

(Chłopak, 13 lat, z telefonów i maili do Telefonu Zaufania dla Dzieci i Młodzieży, 116 111)

Nie chcę, żeby mama cierpiała, ale dłużej tego nie zniosę. On mnie obmacuje, gada sprośne rzeczy, ociera się o mnie, niby przypadkiem, np. w kuchni. Próbowałam rozmawiać z mamą,

że nie przepadam za jej partnerem, ale nie odważyłam się powiedzieć jej o tym, że on się do mnie ślini.

(Dziewczyna, 16 lat, z telefonów i maili do Telefonu Zaufania dla Dzieci i Młodzieży, 116 111)

(w: Sajkowska M., „Wykorzystywanie seksualne dzieci. Dziecko krzywdzone. Teoria, badania, praktyka”)

Nie chcę zawieść rodziców, nie chcę żeby cierpieli, chcę okazać im swoją miłość, chyba za mało się staram, boję się konsekwencji, wstydzę się, może to moja wina, może jestem niegrzeczna/y, może muszę bardziej się postarać, może tylko to mi się wydaje, a może to objaw miłości i przywiązania, może tak ma być – takie i inne myśli towarzyszą dzieciom molestowanym seksualnie, które blokują je przed powiedzeniem tego, co ich spotyka, podsycane przez manipulacje stosowane przez oprawcę.

Nierzadko dzieci nie mają nikogo, komu mogłyby to powiedzieć. Rodzic lub opiekun niekrzywdzący nie potrafi zbudować relacji zaufania i otwartości. Bywa jednak i tak, że mimo tego, że dziecko ma komu powiedzieć o tym, co je spotkało, nie robi tego przez długi czas. Dzieje się tak na skutek uwikłania dzieci przez sprawcę poprzez techniki manipulacji dzieckiem. Widzimy zatem, że ujawnienie wykorzystywania seksualnego przez dziecko jest przejawem dużej odwagi i determinacji. Głównym powodem ujawnienia przemocy jest wyczerpanie zasobów osobistych, które mobilizowały jego aparat psychiczny do radzenia sobie z tą sytuacją oraz jej dotychczasowymi konsekwencjami. Dziecko nie ma już siły dłużej utrzymać w tajemnicy tego, co się dzieje i nie widzi już innego wyjścia, jak szukanie pomocy na zewnątrz, wtedy następuje – ujawnienie. (Fenik-Gaberle K., Kałucka R., „Ujawnienie przez dziecko wykorzystywania seksualnego pracownikowi oświaty. Scenariusz szkolenia dla pracowników oświaty”, Warszawa 2018)

Jak rozmawiać z dzieckiem, które postanowiło ujawnić wykorzystywanie seksualne?

W kontakcie z dzieckiem zalecane jest przestrzeganie następujących zasad:

- jak najczęstsze zwracanie się do dziecka używając jego imienia, używanie formy, którą ono lubi;
- stworzenie bezpiecznej atmosfery, okazywanie dziecku akceptacji;
- mówienie powoli, wyraźnie, spokojnym głosem;
- posługiwanie się prostym, zrozumiałym dla dziecka językiem, dostosowanym do jego wieku;
- wyrażanie swojego zainteresowania dzieckiem gestem (kiwanie głową) lub werbalnie („mhm, tak”);
- powiedzenie dziecku, że to co mówi jest ważne;
- zachowanie stosownego kontaktu wzrokowego, bez nadmiernego, ciągłego obserwowania dziecka;
- przerywanie dziecku wypowiedzi tylko wtedy, gdy jest to konieczne;

- pytanie dziecka, kiedy nie zrozumiemy jego wypowiedzi, upewnienie się czy dobrze je rozumiemy, bez sugerowania;
- przeformułowanie pytania, kiedy dziecko dłuższy czas nie odpowiada na nie;
- docenianie wysiłku dziecka mówiącego o trudnych doświadczeniach urazowych, ale nie chwalenie za konkretną odpowiedź, nie obiecywanie nagrody;
- powiedzenie dziecku, jeżeli zachodzi taka potrzeba, że zdajemy sobie sprawę z jego niepokoju i podkreślenie, że jest to zrozumiane;
- kiedy dziecko nakłaniane jest do mówienia o sobie samym, wykazanie gotowości do ujawnienia drobnego szczegółu swojej prywatności, aby stać się dla małego rozmówcy osobą bardziej realną, bliższą (np. pytając o zabawy powiedz jakie ty miałeś ulubione zabawy w swoim dzieciństwie);
- zwracanie się do dziecka tonem adekwatnym do jego stanu emocjonalnego,
- obserwowanie, czy dziecko rozumie nasze wypowiedzi, należy zacząć od pytań łatwiejszych,
- zwracanie uwagi, aby jedno pytanie zawierało tylko jedną kwestię wymagającą wyjaśnienia,
- dawanie dziecku czasu na zastanowienie się nad odpowiedzią,
- używanie prostych konstrukcji gramatycznych, adekwatnych do możliwości rozwojowych dziecka, formułowanie krótkich pytań,
- używanie w pytaniach strony czynnej, unikając strony biernej,
- używanie nazw własnych i imion, unikając zaimków,
- używanie prostego słownictwa,
- wyjaśnianie z dzieckiem znaczenia używanych przez nie określeń.

W kontakcie z dzieckiem należy unikać następujących błędów:

- nie przekraczanie przestrzeni fizycznej dziecka, należy pozostać w bezpiecznej dla niego odległości;
- nie pośpieszanie dziecka, dawanie mu czasu do zastanowienia się nad odpowiedziami;
- nieocenianie dziecka i jego wypowiedzi;
- nie reagowanie zdziwieniem na wypowiedzi dziecka, nawet kiedy są szokujące;
- nie komentowanie opisywanych przez dziecko sytuacji zgodnie z wyobrażeniami dorosłych (np. „to było niebezpieczne... to musiało być dla ciebie przerażające”);
- nie zmuszanie dziecka do odpowiedzi, nie naciskanie, mówiąc, że powinno coś wiedzieć lub pamiętać;
- nie składanie dziecku obietnic bez pokrycia;
- nie pytanie dziecka, czy sprawca jego krzywdy powinien być ukarany i w jaki sposób;
- nie ocenianie osób bliskich dziecku;
- nie wpadanie w panikę, kiedy dziecko uzewnętrznia swoje negatywne emocje, np. kiedy płacze, należy powiedzieć, że rozumiemy jego reakcję;

- nie mówienie dziecku „nie płacz”, „nie denerwuj się”;
- nie przeskakiwanie z tematu na temat,
- nie zadawanie na raz więcej niż jednego pytania,
- unikanie gestykulacji i nasilonej mimiki twarzy,
- nie używanie zaprzeczeń,
- unikanie określeń niejasnych, wieloznacznych (np. „te rzeczy”, „takie zachowania”);
- unikanie terminów hierarchicznych,
- unikanie określeń, które zmieniają swoje znaczenie w zależności od miejsca i czasu,
- unikanie pracując z małymi dziećmi terminów określających wzajemne relacje, zależności (np. więcej, mniej, szybciej),
- na zakończenie należy zapytać dziecka, czy chce coś jeszcze powiedzieć.

(„Interwencja w przypadku przemocy i wykorzystywania seksualnego dziecka”, Skrypt dla uczestników szkolenia, Fundacja Dajemy Dzieciom Siłę, Warszawa 2017)

Ujawnienie i co dalej? Informacje zebrane od dziecka, które dotyczą wykorzystywania seksualnego, pielęgniarka powinna pilnie skonsultować z dyrekcją instytucji, w której pracuje. Należy wspólnie podjąć decyzję, w jaki sposób oraz w jakim trybie sprawa zostanie przekazana odpowiednim organom. Prawo nakłada obowiązek do zgłaszania sytuacji wykorzystywania seksualnego dzieci, m.in. na mocy art. 240 znowelizowanego w 2017 r. Kodeksu karnego, ustalającego sankcję: „kto nie zawiadamia niezwłocznie organu powołanego do ścigania przestępstw, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”. Jak również ustawa o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie zobowiązuje do zgłaszania każdego podejrzenia przemocy, a zwłaszcza wykorzystywania seksualnego dziecka. Istotnym jest aktualizowanie swojej wiedzy na ten temat, np. korzystając ze strony www.niebieskalinia.pl. (Fenik-Gaberle K., Kałucka R., „Ujawnienie przez dziecko wykorzystywania seksualnego pracownikowi oświaty. Scenariusz szkolenia dla pracowników oświaty”, Warszawa 2018).

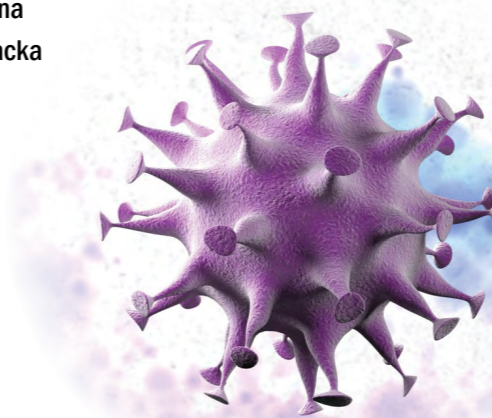
Emily Brontë w „Tajemniczym ogrodzie” pisała: „W każdym razie była w tajemniczym ogrodzie i miała wrażenie, że odkryła jakiś własny świat.” Dziecko wędrując przez swój własny ogród może uczyć się i odkrywać swój własny niepowtarzalny świat tylko wtedy, gdy nikt mu w niego nie wtargnie, nie odbierze wolności odkrywania i naturalnego wzrastania. Chroniąc dzieci przed wykorzystaniem seksualnym chronimy również nasz przyszły świat, zapewniając mu piękne nowe ogrody, które stworzyć może tylko nowe pokolenie dzieci bezpiecznie kochanych.

Agnieszka Forma
mgr pielęgniarstwa,
psychoterapeutka (w trakcie certyfikacji
w Polskim Instytucie Ericksonowskim),
pedagog

Szanowni Państwo,

Zgodnie z zapowiedzią zamieszczoną w styczniowym numerze biuletynu przedstawiamy kolejne prace, które zostały nagrodzone w konkursie „Moja historia z czasów Korony”. Poniżej esej, który zajął trzecie miejsce pt. „Nie(koronkowa) robota”. Zachęcam do lektury.

Redaktor Naczelna
Agnieszka Głowacka



Nie (koronkowa) robota

Natura płata figle nadając imiona pałeczka, prątek, krętek a teraz korona. Nieproszona strach sięjąc i gniewem zawodzić, zapragnęła jednego: szkodzić, tylko szkodzić.

Codziennie gdzieś na świecie toczy się wojna. O konfliktach zbrojnych „mówią” nasze media. Wszędzie tam, gdzie walczą i giną ludzie, jest strach. To on mobilizuje do ucieczki i szukania ratunku. Ale tamten wróg ma jakieś oblicze. A jak żyć w świecie, gdzie on jest niewidoczny? Porusza się bezszelestnie i bardzo szybko...

Od kilkadziesiąt lat jestem pielęgniarką. Nie pracuję na pierwszej linii pośród chorych i umierających ludzi w szpitalu. Swoją zawód wykonuję u ludzi, którzy z powodu wieku, niepełnosprawności i chorób przebywają w domach, bardzo często nie opuszczając własnych łóżek. Są sami a często, co uważam za najgorsze – samotni. W czasie pandemii wprowadzają do swojego słownictwa wyraz „zaraza”. Czują, żyją i boją się. Bardzo się boją. Współczesna medycyna osiągnęła duże postępy w leczeniu chorób i bólu. W cięższych przypadkach zastrzyk zastępuje tabletką, maść – krem, plaster – okład. Na upływający czas leku nikt nie wymyślił. Niedołężność zmusza ludzi do pozostania w domach i korzystania z pomocy rodziny, opiekunów i pielęgniarek środowiskowych. Tu nikt

się nie obraża na słowo „siostra” a nawet wprowadza więcej zaufania seniora. W czasie pandemii musimy jeszcze bardziej dodawać im poczucia bezpieczeństwa. Wszyscy pacjenci, którzy potrafią rzeczywistość przekazywaną przez media logicznie interpretować, nie dziwi, gdy wchodzimy ubrane w dodatkowe fartuchy, maseczki i przyłbice. Gorzej jest z tymi, którym wrażenia zatarły się w mózgu wraz z pamięcią o dzisiejszej dacie i własnym imieniu. Maseczka na mojej twarzy kojarzona jest z „siarczystym” mrozem na dworze. Mnie wypada tylko z uśmiechem przytakiwać.

U naszych podopiecznych w czasie pandemii oprócz strachu jest niepewność o zdrowie najbliższych. Wielką radość sprawia dźwięk telefonu, szczególnie gdy przynosi dobre wiadomości.

Starość i samotność łączy nie tylko wspólne „s”. To również często ograniczenie a nawet brak więzi rodzinnych i przyjaciół tak bardzo zajętych setką własnych spraw. Szczególnie teraz widać, gdy człowieczeństwo kończy się pod drzwiami mieszkania i torbie zakupów. Wielka to wygoda obarczyć odpowiedzialnością innych.

My pielęgniarki środowiskowo-rodzinne jesteśmy potrzebne również w tych wszystkich trudnych czasach. To pielęgniarka „domowa” jest przyjacielem, opiekunem, dobrą duszą. Osobą, która z racji wykształcenia, pielęgnuje, leczy i za Hipokratesem – nie szkodzi. Toaleta nie robi się sama. Odleżyny i odparzenia, rany owrzodzeniowe nie znikną same. Oprócz materaca, leków i opatrunków potrzebują sprawnych i delikatnych dłoni. Potrzebują oczu, które ocenią zagrożenie i wiedzy, by jak najszybciej sytuację opanować.

Kiedy lekarza nie ma za ścianą, to pielęgniarka, zwłaszcza w czasie pandemii, jest jego okiem. W złych czasach w przychodniach prowadzone są teleporady i niewyobrazalna ilość powtarzanych leków. Na szczęście recepty są kodowane. Pacjent może telefonicznie – bezpiecznie i sprawnie uzyskać informację.

W domach ludzi chorych „przyłóżkowy” strach wspomagają wspólne modlitwy za cały personel medyczny. Radością jest informacja o zmniejszającej się liczbie nowych zachorowań i zgonów. Cieszy każda wiadomość o ozdrowieńcach i wiara w wielką nadzieję sukcesu medycznego – szczepionkę.

Chwała wszystkim medycznym bohaterom. Chwilę po tym jak usłyszałam – mamy zarażać miłością, dobrocią i szacunkiem – czterech młodych mężczyzn przejeżdżających obok mnie samochodem (na który musiałabym pracować 100 lat) pokazało mi środkowy palec – tak bez powodu ot, paradoks wirusy – cham, prostak, idiota do ich zmiany potrzebna (nie) koronkowa robota! Kiedyś – piękny – brzydki, bogaty – biedny, mądry – głupi, dzisiaj bardziej na czasie zdrowy – chory.

Co ci mam rzec, zarazo, tak na do widzenia, przyszłaś szybko, znienacka i bez ostrzeżenia. Nie ma dla ciebie miejsca, więc gruntu nie badaj, dla ciebie jedno słowo – po trzykroć spadaj.

Anula



15 kwietnia

Światowy Dzień Choroby Pompego

Choroba Pompego, zwana także glikogenozą typu II, jest schorzeniem nerwowo-mięśniowym o podłożu genetycznym, spowodowanym niedoborem enzymu odpowiedzialnego za rozkład glikogenu. W 1932 roku Johannes Pompe, holenderski lekarz opisał dziwne objawy chorobowe, na które cierpiało leczone przez niego niemowlę. W schorzeniu tym dochodzi do nieprawidłowego magazynowania glikogenu w lizosomach wszystkich komórek ustroju, szczególnie w mięśniach, ośrodkowym układzie nerwowym, wątrobie i sercu, prowadzącego do ich nieodwracalnych uszkodzeń. Choroba może pojawić się w każdym wieku, nawet po 60 roku życia (tzw. postać późniejsza), występuje z taką samą częstotliwością u kobiet i mężczyzn. Choroba Pompego jest chorobą autosomalnie recesywną. Oznacza to, że oboje rodziców są nosicielami uszkodzonego allelu (jednej z wersji genu), ale sami nie manifestują objawów choroby. Ryzyko urodzenia dziecka chorego wynosi w takim przypadku 25 proc. Jeżeli jedno z rodziców choruje na późno objawiającą się chorobę Pompego, ryzyko wzrasta do 50 proc. W przypadku, gdy tylko jedno z rodziców jest nosicielem genu, ryzyko przekazania nosicielstwa wynosi 50 proc.

Choroba osłabia wszystkie mięśnie ciała – oddechowe, mięśnie brzucha, kręgosłupa, prostowniki rąk i nóg, serce, jelita, prowadząc do ich nieodwracalnych uszkodzeń. Uszkodzenia przekładają się na zaburzenia struktury oraz funkcji mięśni – stąd problemy z lokomocją oraz czynnością oddychania. Z tym wiąże się wiele ograniczeń w codziennym życiu. Choroba Pompego występuje z częstotliwością około 1 na 40 tysięcy. Obecnie w Polsce leczonych jest z tym schorzeniem około 50 osób – czas jest kluczowy, im szybciej zidentyfikowana będzie choroba, tym większa szansa na zachowanie lepszego stanu zdrowia. Szacuje się, że w Polsce żyje około 400 osób, u których jeszcze nie zdiagnozowano tej choroby.

Niejednoznaczne objawy choroby sprawiają, że diagnoza może trwać nawet 8 lat, co obniża szanse pacjentów na szybkie podjęcie leczenia oraz na prowadzenie aktywnego życia.

Choroba Pompego – rodzaje

Wyróżniamy dwa typy choroby Pompego:

- postać niemowlęca – ujawnia się w pierwszych miesiącach życia; obserwuje się brak aktywności enzymu lub jego niewielki poziom $GAA < 1$ proc.; dlatego objawy choroby są bardzo wyraźne,
- aktywność enzymu postać późna – może ujawnić się w każdym wieku; aktywność $GAA < 40$ proc.

Objawy

Klasycznymi objawami choroby Pompego u niemowląt są:

- obniżone napięcie mięśniowe/wiotkość mięśni,
- powiększona wątroba, powiększenie języka,
- problemy z przybieraniem na wadze,
- powiększenie mięśnia sercowego (kardiomiopatia),
- zaburzenia rytmu serca,
- niedosłuch,

- infekcje dróg oddechowych,
- niewydolność oddechowa.

W przypadku postaci klasycznej dziecięcej – choroba objawia się w ciągu trzech pierwszych miesięcy życia. Charakterystyczną cechą jest dysfunkcja serca spowodowana przerośnięciem tego organu. Poza tym, niemowlęta dotknięte Chorobą Pompego cierpią na ogólne osłabienie mięśni szkieletowych. Ze względu na to, że rozwój wszystkich układów jest w początkowej fazie, przewidywana długość życia pacjentów w tej grupie wiekowej to około 2 lat, (jeżeli nie zostanie wdrożone leczenie). Choroba Pompego objawiająca się w dzieciństwie, okresie dojrzewania albo w wieku dorosłym, manifestuje się głównie poprzez osłabienie mięśni szkieletowych, natomiast rzadko występują problemy kardiologiczne (przerost serca), ze względu na bardziej rozwinięty organizm. Głównymi objawami, które są problemem dla tej grupy pacjentów, są trudności w poruszaniu się oraz zmniejszenie czynności oddechowej (w różnym stopniu).

Sposoby podziału klinicznego choroby Pompego różnią się w zależności od autorów publikacji naukowych. Niektórzy autorzy stosują podział na „klasyczną niemowlęcą”, „dziecięcą” oraz „dorosłą” postać choroby Pompego, inne źródła kategoryzują zaś chorobę ze względu na „wczesne objawy” i „późne objawy”. Postać późniejsza charakteryzuje się wolniejszym postępem choroby. Może pojawić się w każdym wieku, nawet po 60. roku życia. Postać ta odpowiada za większość przypadków choroby Pompego, ale, ze względu na mało charakterystyczne objawy, bywa niedodiagnozowana, a przez to jej występowanie jest niedoszacowane. Późna postać choroby Pompego swoimi objawami może przypominać np. dystrofię mięśniową obręczowo-kończynową, zapalenie wielomięśniowe, a nawet rdzeniowy zanik mięśni. Przez to diagnostyka choroby może się przedłużać i trwać nawet kilka lat. Pierwszymi objawami postaci późnej, występującej u osób dorosłych, jest zmęczenie, które pojawia się nawet podczas niewielkiego wysiłku, i duszność. Jednak początkowo dusz-

ność nie musi być wyraźna. Chory może jedynie odczuwać jej skutki, takie jak bóle głowy, bezsenność i obniżoną koncentrację. Osłabienie mięśni oddechowych powoduje coraz większe niedotlenienie i uczucie ciągłego zmęczenia. W dalszej kolejności, w wyniku uszkodzenia mięśni szkieletowych, chory ma ograniczone możliwości chodzenia, pojawiają się trudności zwłaszcza podczas wchodzenia po schodach, podczas biegania, wstawania z pozycji siedzącej lub leżącej: stwierdza się objawy Gowersa i Trendelenburga. Wśród innych objawów obserwuje się osłabienie mięśni tułowia, mięśni przykręgosłupowych. Mogą rozwinąć się także deformacje kręgosłupa tj. pogłębiona lordoza czy skolioza.

Objawy postaci późnej:

- bóle mięśni,
- osłabienie mięśni kończyn,
- problemy z połykaniem,
- trudności z poruszaniem się,
- poranne bóle głowy,
- powiększenie wątroby,
- obniżona tolerancja na wysiłek,
- trudności w oddychaniu.

Nasilenie objawów oraz wiek zachorowania zależą od poziomu aktywności GAA. Im niższa aktywność GAA, tym szybszy i ostrzejszy przebieg choroby.

Rozpoznanie

Rozpoznanie ułatwia wykonanie badania elektromiograficznego, w którym można stwierdzić cechy pierwotnego uszkodzenia mięśni, przy czym niekiedy zmiany obserwuje się jedynie w mięśniach przykręgosłupowych.

Wyniki rutynowych badań krwi oraz dodatkowe badania są istotne w początkowym etapie diagnostyki. Należą do nich:

- podwyższone stężenie kinazy fosfokreatynowej (CPK), aminotransferazy asparaginianowej (AspAt), dehydrogenazy mleczanowej (LDH) i mioglobiny w surowicy,

**NAJCZĘSTSZE OBJAWY
POSTACI PÓŻNEJ:**

- ✓ bóle mięśni
- ✓ osłabienie mięśni kończyn
- ✓ problemy z połykaniem
- ✓ trudności z poruszaniem się
- ✓ poranne bóle głowy
- ✓ powiększenie wątroby
- ✓ obniżona tolerancja na wysiłek
- ✓ trudności w oddychaniu

- cechy miopatii (zaburzenia w funkcjonowaniu mięśni) w badaniu elektromiograficznym,
- przerost mięśnia sercowego w EKG (może nie występować w postaci późnej);
- brak aktywności enzymu GAA w badaniu suchej kropli krwi (w Polsce to badanie wykonywane jest nieodpłatnie),
- obecność glikogenu w wycinku mięśnia (biopsję wykonuje się w przypadkach wątpliwych).

Dodatni wynik badania na aktywność alfa-1,4-glukozydazy wymaga potwierdzenia przez badanie genetyczne w kierunku mutacji genu GAA. W przypadku postawienia diagnozy należy rozszerzyć diagnostykę na najbliższą rodzinę chorego ze względu na podłoże genetyczne choroby. Diagnostyka oraz poradnictwo genetyczne w chorobie Pompego są w Polsce refundowane.

Leczenie

W przeszłości leczenie choroby Pompego opierało się wyłącznie na opiece paliatywnej. Od kilku lat chorzy mogą być leczeni w ramach programu lekowego finansowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Terapia polega na podawaniu w warunkach szpitalnych syntetycznego enzymu – alglukozydazy α – w dawce 20 mg/kg masy ciała raz na dwa tygodnie, w infuzji dożyłnej trwającej co najmniej 2 godziny.

Proces leczenia osób cierpiących na chorobę Pompego to wspólny wysiłek specjalistów z wielu dziedzin – m.in. pediatrów, neurologów, pulmonologów, ortopedów, dietetyków, kardiologów, internistów, fizjoterapeutów oraz specjalistów intensywnej terapii. Stopień zaangażowania poszczególnych członków zespołu leczącego zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta. Plan leczenia opiera się na tych potrzebach. W przypadku terapii genetycznej, poradnictwo genetyczne ma kluczowe znaczenie, zarówno dla chorych, jak i ich rodzin.

Terapia enzymatyczna

W leczeniu obu postaci choroby (niemowlęcej oraz późnej) stosuje się dożylnie preparat zawierający rekombinowaną alfa-1,4-glukozydazę – alglukozydazę alfa. Rekombinowana GAA nie leczy w pełni choroby Pompego, pozostawia objawy szczałkowe, niemniej jednak wiele udokumentowanych przypadków klinicznych świadczy o tym, że znacząco przedłuża życie pacjentów z „klasyczną”, „późno objawową” chorobą Pompego oraz poprawia komfort ich życia. Główną zaletą jest stabilizacja postępu choroby, co jest niewątpliwą korzyścią dla osób cierpiących na chorobę Pompego. Do podjęcia leczenia konieczne jest potwierdzenie choroby przez test enzymatyczny i genetyczny. W niektórych przypadkach do leczenia enzymatycznego dołącza się leczenie objawowe. Często występujące infekcje dróg oddechowych powinny być szybko zwalczane.

Terapie wspomagające

Chorzy wymagają również terapii wspomagającej, przede wszystkim fizjoterapii, ze względu na słaby odruch kaszlowy oraz upośledzenie klirensu śluzowo-rzęskowego. Szczególny

nacisk należy położyć na profilaktykę chorób infekcyjnych (szczepienia ochronne pacjentów oraz osób z bliskiego kontaktu, coroczne szczepienia przeciw grypie). Pewne znaczenie w leczeniu ma zastosowanie diety ubogocukrowej i bogatobiałkowej. Bardzo istotna jest rehabilitacja ruchowa i oddechowa oraz monitorowanie stanu odżywienia. Formy terapii – w tym fizjoterapia, terapia zajęciowa, inwazyjne lub nieinwazyjne wspomaganie oddychania (wentylacja mechaniczna), pomoc logopedy lub ortodonta – mają na celu poprawę jakości życia, w zależności od aktualnych, indywidualnych potrzeb pacjentów.

Inne terapie zastępcze koncentrują się na wzmacnianiu siły mięśniowej, wspomaganiu oddychania, nauki efektywnego żucia oraz przełykania, wsparcia w zwiększeniu sprawności fizycznej lub zapewnieniu zaplecza ortopedycznego dla osób z wadami postawy i utrudnionym poruszaniem się. W cięższych przypadkach konieczne mogą być interwencje chirurgiczne – założenie gastostomii lub karmienie za pomocą sondy żołądkowej. Pacjenci z przerostem serca powinni znaleźć się pod opieką kardiologiczną. Niektórzy pacjenci ostatecznie wymagają wentylacji mechanicznej. Najchętniej stosowana jest wentylacja nieinwazyjna (non-invasive ventilation – NIV), która skutecznie koryguje hipowentylację pęcherzyków płucnych oraz hiperkapnię. Ponadto przerywana (nocna) NIV poprawia wytrzymałość mięśni oddechowych oraz wspomaga rozszerzanie klatki piersiowej i płuc, co może zapobiegać wystąpieniu niedodmy i infekcji.

Rokowania

Na stan obecny choroba Pompego jest chorobą nieuleczalną. Osoby z postacią niemowlęcą umierają w ciągu pierwszego roku życia z powodu niewydolności serca. Leczenie enzymatyczne wydłuża życie u tych pacjentów do około 2–3 lat. Postać późniejsza charakteryzuje się powolniejszym postępowaniem choroby, jednakże u tych osób postępuje niewydolność oddechowa, która może być przyczyną śmierci. Choroba Pompego jest o tyle trudna, że proces postępowania choroby oraz wiek wystąpienia objawów są osobniczo zmienne. Pierwsze symptomy mogą pojawić się praktycznie w każdym wieku, natomiast istotne jest to, że im wcześniej pojawi się manifestacja choroby, tym szybciej postępuje i ma intensywniejszy przebieg. Niezależnie zaś od wieku, choroba Pompego powoduje osłabienie mięśni szkieletowych, a w następstwie utrudnia samodzielne poruszanie się i – co bardziej brzemiennie w skutkach – samodzielne oddychanie. To właśnie niewydolność oddechowa jest główną przyczyną zgonu w chorobie Pompego.

Podsumowanie

Choroba Pompego wywiera ogromny wpływ na codzienną aktywność pacjentów nią dotkniętych. Do niedawna nie istniała żadna skuteczna metoda leczenia tej choroby. Obecnie największe znaczenie ma enzymatyczna terapia zastępcza. Badania nad tą metodą, choć trwały od dłuższego czasu, dopiero w 1998 r. wkroczyły w zaawansowane stadium.

Udało się wówczas pozyskać rekombinowaną a-glukozydazę izolowaną z mleka transgenicznych królików. Alternatywą dla tej metody jest pozyskiwanie tego enzymu z komórek jajnika chomika chińskiego po uprzednim wprowadzeniu do nich genu a-glukozydazy. Proces diagnostyczny w przypadku choroby Pompego jak i włączenie do terapii są określone w programie terapeutycznym zatwierdzonym przez Ministerstwo Zdrowia. Pacjent, u którego zdiagnozowano chorobę Pompego przechodzi szereg badań kwalifikacyjnych zleconych przez lekarza prowadzącego. Następnie, w przypadku stwierdzenia spełnienia przez pacjenta kryteriów włączenia do leczenia lekarz, poprzez specjalną aplikację, przesyła zgłoszenie do Zespołu Koordynacyjnego ds. chorób ultrazadkich. W 2006 roku Federal Drug Administration zatwierdziła i dopuściła a-glukozydazę do użytku klinicznego pod nazwą Myozyme, jako pierwszy i jedyny lek w enzymatycznej terapii zastępczej choroby Pompego.

Należy podkreślić fakt, iż w okresie pandemii życie z chorobą Pompego jest dużym wyzwaniem, z uwagi na to, iż pacjenci narażeni są na większe ryzyko zachorowania na COVID-19. Po przebytych „Covidzie” komfort ich życia drastycznie się obniża. Rehabilitacja oddechowa w tej grupie osób to jedna z najbardziej żmudnych i czasochłonnych form poprawiania komfortu życia pacjenta. Ponadto pacjenci z chorobą Pompego skarżą się, iż spotykają się z hejtem, licznymi wyzwiskami, obelgami i pogróżkami kierowanymi pod ich adresem przez innych pacjentów. Wytyczne Ministra Zdrowia mówią jasno, że osoby chore na to schorzenie mają prawo

do nie korzystania z przyłbic i masek, które jeszcze bardziej pogłębiają problemy z oddychaniem. Niestety, z tego powodu ta grupa pacjentów jest atakowana przez innych. Co dwa tygodnie pacjenci mają obowiązek poddawania się testom wymazowym na koronawirusa. Przepisy są martwe w tym przypadku – rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia mają zapewnić badania w warunkach izolowanych, w praktyce – pacjenci z chorobą Pompego stoją w kolejkach z innymi ludźmi, zmuszeni używać masek lub przyłbic.

Literatura:

1. Choroba Pompego – przypadek postaci u osób dorosłych, aut. Bożena Ziółkowska-Graca, Aleksander Kania, Grażyna Zwolińska, Via Medica 2008.
2. Libura M., Władusiuk M., Małowicka M., Grabowska E., Gałązka-sobotka M., Gryglewicz J., Choroby rzadkie w Polsce. Stan obecny i perspektywy, wyd. Uczelnia Łazarskiego, Warszawa 2016.
3. Objawy neurologiczne sugerujące rozpoznanie choroby Pompego, lek. med. Maludzińska. Medycyna Praktyczna dla lekarzy 2019. Stowarzyszenie Pacjentów z Chorobą Pompego.

mgr piel. Elżbieta Janiszewska
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa
anestezjologicznego i intensywnej opieki,
przewodnicząca PTPAiO – Oddział w Łodzi,
członek koła PTP, PTPR
oraz Komisji Kształcenia, Promocji
i Rozwoju Zawodu przy OIPiP w Łodzi

Dla Pani Elżbiety Turzenieckiej-Nesteruk

Z okazji zakończenia pracy zawodowej i przejścia na emeryturę składamy Pani słowa uznania i podziękowania za lata sumiennej i rzetelnie wykonywanej pracy, za przekazaną wiedzę i wychowanie kilku pokoleń pielęgniarek operacyjnych w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi

Pielęgniarki operacyjne z Centralnego Bloku Operacyjnego

Etiologia, symptomy oraz czynniki ryzyka krwotoku poporodowego

mgr KAMILA JANISZEWSKA

Podczas porodu dochodzi do szeregu następujących po sobie procesów. Jeśli w jego przebiegu pojawią się nieprawidłowości oraz w związku z tym zagrożenie zdrowia i/lub życia matki i płodu, wtedy poród taki nazywa się nieprawidłowym. Sytuacją taką może być krwotok poporodowy, który stanowi poważne ryzyko utraty życia przez rodzącą/położnicę.

Definicja krwotoku

Krwotok jest to utrata krwi, która może być związana z przerwaniem ciągłości naczyń krwionośnych spowodowaną urazem lub też w przebiegu chorób ogólnoustrojowych, do których można zaliczyć np.: gruźlicę, żylaki przełyku, wrzody żołądka, hemofilię. W przypadku krwotoku w krótkim czasie, może dojść do utraty przytomności, a nawet śmierci, ponieważ utrata 1/3 objętości krwi jest niebezpieczna dla człowieka.

Krwotoki dzieli się ze względu na to jakie naczynie zostało uszkodzone, na: tętnicze, żylnie, mięszone. Podziału można również dokonać uwzględniając miejsce występowania krwotoku na zewnętrzny i wewnętrzny.

Krwotok poporodowy definiuje się jako utrata co najmniej 500 ml krwi w przypadku porodu drogami i siłami natury bądź przynajmniej 1000 ml krwi jeżeli poród został ukończony drogą cięcia cesarskiego.

Wyróżnić można krwotok poporodowy wczesny, który występuje do 24 godzin po porodzie, oraz późny gdzie dochodzi do utraty znacznej ilości krwi od 24 godzin do 6 tygodni po porodzie. Krwotok poporodowy jest rozpoznawany u 0,5–5 proc. położnic, a późny u 0,1–0,5 proc. położnic.



Powikłania poporodowe stanowią główną przyczynę zgonów wśród kobiet w wieku rozrodczym. Według danych statystycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), krwotok poporodowy występuje u około 10,5 proc. kobiet w okresie poporodowym i jest najczęstszą przyczyną śmierci młodych matek.

Etiologia krwotoku poporodowego

Przyczyny krwotoków poporodowych można określić używając kilku podziałów m.in. ze względu na: czas występowania, akronim 4T, inne przyczyny.

Przyczyny krwotoków poporodowych ze względu na podział czasowy dzieli się na wczesne i późne.

Do tych pierwszych zalicza się atonię macicy lub jej niedowład, co może być spowodowane określonymi przyczynami. Należą do nich: nadmierne rozciągnięcie macicy, słaba kurczliwość mięśnia macicy, nagromadzenie się skrzepów w jamie macicy, wypełniony pęcherz moczowy (przeszkoda mechaniczna), tak zwane „zmęczenie macicy” z powodu przedłużającego się porodu bądź długotrwałego stosowania leków obkurczających mięśniówkę macicy.

Kolejną z przyczyn wystąpienia wczesnych krwotoków poporodowych jest uraz kanału rodniego, jednakże obfitość krwawienia jest uzależniona od miejsca i wielkości urazu. Taka sytuacja zdarza się często w momencie kiedy poród musi zostać zakończony w sposób zabiegowy. Zastosowanie kleszczy czy też próżniociągu wiąże się z koniecznością poszerzenia dróg rodnych, a tym samym narażenia ich na uraz, który w konsekwencji może być czynnikiem predysponującym do wystąpienia obfitego krwawienia lub krwotoku. Często podczas porodów dużych płodów lub takich, u których występują różnego rodzaju wady, kanał rodny może ulec uszkodzeniu, a następnie doprowadzić do poważnych powikłań w tym krwotoku. Uraz może również powstać w wyniku zbyt szybkiego przebiegu porodu, przy niepełnym rozwarciu i zgładzeniu części pochwovej szyjki macicy lub rzadziej w czasie gwałtownego oraz szybkiego rozszerzania się kanału rodniego.

Najczęściej pojawiającym się i najbardziej obfitym jest krwawienie z uszkodzonej szyjki macicy. Niebezpiecznie głęboki uraz szyjki macicy pojawia się w wyniku zbyt wczesnego lub wykonanego w nieprawidłowy sposób zabiegu położniczego. Zalicza się do niego obrót wewnętrzny płodu, wraz z jego wydobyciem i wspomniany wyżej zabieg kleszczowy lub użycie próżniociągu. Miejscem, w którym dochodzi do pęknięcia szyjki macicy jest jej boczna część, zazwyczaj po jednej stronie. Uraz postępuje ku górze, począwszy od ujścia zewnętrznego aż do wewnętrznego. Rozróżnia się również pęknięcie szyjki macicy typu Emmeta, które pojawia się w bliźnie po urazie szyjki macicy, występującym podczas wcześniejszego porodu.

Różnicuje się również przyczyny późnych krwawień i krwotoków. Do tej grupy należą krwotoki z pozostawionych resztek łożyska i/lub błon płodowych w jamie macicy. Zazwyczaj objawy występują pod koniec pierwszego tygodnia lub podczas trwania drugiego tygodnia połogu. Krwotok z pozostałości łożyska pojawia się nagle i jest bardzo obfity, często stanowi zagrożenie dla życia położnicy. Zastosowanie leków obkurczających macicę zazwyczaj daje efekt tylko przejściowy lub w ogóle nie hamuje krwawienia. Zdecydowana większość obfitych krwawień w okresie połogu jest spowodowana pozostawieniem tkanki łożyskowej w jamie macicy.

Istnieje też możliwość powstania polipa łożyskowego, który ma duży wpływ na powstawanie krwotoków. Polipem łożyska nazywa się część tkanki łożyskowej pozostawionej w macicy, która jest opłaszczona dużą ilością warstw bardzo mocno przylegających skrzepów krwi. Objawami, które wskazują na jego wystąpienie są krwawienia, rozwarcie kanału szyjki macicy. Zdarza się, że polip wywołuje skurcze wydalające macicy i uwiadczenia się w kanale szyjki macicy, co można dostrzec w badaniu wewnętrznym lub badaniu przy pomocy wziernika.

Do późnych przyczyn krwotoków poporodowych zalicza się zatrzymanie odchodów połogowych. Taka sytuacja jest możliwa w przypadku obkurczenia się kanału szyjki macicy lub zaczopowaniu go skrzepem krwi.

Kolejną przyczyną jest zaburzenie gojenia się miejsca łożyskowego. Objawów można się spodziewać w pierwszym

tygodniu połogu. Krwawienie nie jest obfite i zdarzają się przerwy między jego występowaniem.

Następną z przyczyn, która kwalifikuje się na drugim miejscu przyczyn krwotoków poporodowych jest połogowe zapalenie endometrium. Nie jest ono tak obfite i groźne dla życia jak pozostałości tkanki łożyskowej w macicy, ale stanowi źródło krwawień. Zazwyczaj objawia się w ciągu kilku pierwszych dni połogu. Krwawienie może występować w sposób ciągły, nieprzerwanie przez kilka dni lub też z kilkugodzinnymi przerwami. Taki stan zapalny może być spowodowany zakażeniem wewnątrzmacicznym.

Krwotok późny może pojawić się również z powodu urazu kanału rodniego, które nie zostało odpowiednio zszyte. Krwawienie w tym przypadku pojawia się w pierwszych dniach połogu.

Podział krwotoków ze względu na akronim 4T

Podział według akronimu 4T pochodzi z piśmiennictwa angielskiego, gdzie każda z liter „T” oznacza odpowiedni dla języka angielskiego wyraz określający jedną z przyczyn krwotoku poporodowego. Kolejno Tonus oznacza napięcie i odnosi się do zaburzeń wynikających z obniżonego napięcia mięśni macicy. Krwotoki w tej sytuacji występują z powodu nadmiernie rozciągniętej macicy, „zmęczenia mięśnia macicy”, zastosowania leków rozkurczających macicę (np. beta – mimetyki, nifedypina, środki anestetyczne), zaburzeń w obrębie łożyska i macicy oraz infekcji macicznych.

Następna litera „T” oznacza *Tissue* czyli tkanki, przyczyn krwotoku upatrywać należy z powodu pozostawienia fragmentów łożyska i/lub błon płodowych jak również nieprawidłowości w budowie łożyska np. dodatkowych jego płatów.

Kolejno *Trauma* oznacza uraz w wyniku, którego dochodzi do krwotoku. W zależności od wielkości urazu krwawienie jest obfite lub mierne. Tutaj zalicza się takie urazy, jak uszkodzenie kanału rodniego i pęknięcie macicy bądź jej wycięcie.

Ostatnia z liter „T” oznacza *Thrombin* i odnosi się do zaburzeń koagulologicznych, w których skład wchodzi zaburzenia krzepnięcia, występujące we wcześniejszym czasie np. hemofilia, choroba von Willebranda, hipofibrynogenemia. Ponadto zaburzenia krzepnięcia pojawiające się w ciąży do których należą: idiopatyczna plamica małopłytkowa, pre eklampsja z małopłytkowością, zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrzmacicznego (DIC) z powodu: preeklampsji, zgonu wewnątrzmacicznego, zatoru wodami płodowymi, poważnej infekcji oraz przedwczesnego oddzielania się łożyska. Zaburzenia koagulologiczne mogą się pojawić w wyniku koagulopatii z rozcieńczenia po transfuzji lub po stosowaniu leków przeciwzakrzepowych w głębokiej zakrzepicy żylniej, zatorowości płucnej. Antykoagulantami są między innymi aspiryna i heparyna.

Częstość występowania przyczyn krwotoku poporodowego według czynników 4T przedstawia poniższa tabela:

4T	Przyczyna	Odsetek występowania
Tone	atomia macicy	70
Trauma	pęknięcia, krwiaki, uszkodzenia, wycięcie macicy	20
Tissue	pozostawione tkanki, inwazja łożyska	10
Thrombin	koagulopatie	1

Tabela nr 1. Źródło: Oszukowski P, Pięta-Dolińska A. Krwotok poporodowy – kliniczna etiopatogeneza. Przegląd Menopauzalny 2010; 4: 247-251

Inne przyczyny krwotoków poporodowych

Istnieje grupa przyczyn, które nie są bezpośrednio związane z ciążą czy porodem, lecz są one czynnikami towarzyszącymi. Mogą pojawić się przed ciążą lub w trakcie ciąży. Należą do nich rak szyjki macicy, rozrosty trofoblastu, jak również wspomniane wcześniej zaburzenia krzepnięcia w skład, których wliczyć można małopłytkowość, chorobę von Willebranda oraz zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC).

Czynniki ryzyka

Czynniki ryzyka krwotoku poporodowego różnicuje się ze względu na czas ich występowania na prenatalne oraz porodowe.

Prenatalne czynniki ryzyka rozpoznaje się podczas trwania ciąży, zbierając wywiad położniczy, wykonując badania lub diagnozując objawy, które im towarzyszą.

Do czynników tych zalicza się zagrażające przedwczesne oddzielenie łożyska, łożysko przodujące, mięśniaki macicy. Zaburzenia te predysponują do pojawienia się krwotoku poporodowego.

Kolejnym z czynników prenatalnych jest ciąża wielopłodowa. Może ona powodować nadmierne rozciągnięcie mięśnia macicy, a tym samym wpłynąć na wystąpienie krwotoku. Do tej kategorii zalicza się także wielowodzie, makrosomie płodu oraz niektóre wady płodu. Wysoka rodność, powyżej pięciu ciąż zwiększa ryzyko „zmęczenia macicy” nawet o 20 razy.

Zastosowanie leków rozkurczających macicę podczas ciąży ma znaczny wpływ na możliwość pojawienia się krwotoku poporodowego, ze względu na obniżenie napięcia macicy, a tym samym zmniejszenie jej kurczliwości.

Kolejnymi czynnikami są: obumarcie płodu, nadciśnienie w ciąży, stan przedzręczawkowy, rzucawka, ciężkie powikłanie stanu przedzręczawkowego lub rzucawki charakteryzujące się niedokrwistością hemolityczną, podwyższonym poziomem enzymów wątrobowych oraz małopłytkowością, czyli zespół HELLP, gorączka, krwawienie przedporodowe, koagulopatie oraz choroby wątroby w wywiadzie, mają znaczenie za

względem na możliwość wystąpienia zaburzeń koagulologicznych. Pozostałymi czynnikami są chorioamnionitis, czyli zakażenie, które obejmuje płyn owodniowy, błony płodowe, łożysko i doczesną. A także niedokrwistość w przypadku kiedy poziom hemoglobiny wynosi poniżej 5,8 mmol/l. Mniejsze znaczenie ma otyłość i krwotok w wywiadzie.

Przewidując ryzyko pojawienia się krwotoku poporodowego, rodzącej należy zapewnić wzmożony nadzór, oraz skierować do ośrodka III stopnia referencyjności, w którym będzie miała zapewnioną specjalistyczną opiekę oraz zagwarantowane większe bezpieczeństwo w okresie okołoporodowym

Analizując porodowe czynniki ryzyka wystąpienia krwotoku poporodowego należy uwzględnić: niedowład macicy, makrosomię płodu zwłaszcza powyżej 4000 g, prowadzącą do zmniejszenia napięcia mięśnia macicy. Wpływ na powstanie krwotoku poporodowego ma również zabiegowe ukończenie porodu takie jak użycie kleszczy, próżniociągu, ze względu na możliwość uszkodzenia tkanek kanału rodniczego. Cięcie cesarskie znacząco wpływa na utratę dużej ilości krwi. Fizjologiczna utrata krwi w czasie tej operacji stanowi maksymalnie 1000 ml, gdy szacunkowa ilość krwi przekracza ten próg mówi się o krwotoku. Ze względu na duży zasięg jaki obejmuje cięcie cesarskie taka sytuacja może się pojawić, zwłaszcza jeżeli wykonywane jest ono w trybie pilnym.

Innymi czynnikami ryzyka, które wpływają na możliwość wystąpienia krwotoku poporodowego są brak postępu porodu i wydłużenie go powyżej 12 godzin, a szczególnie drugiego okresu porodu powyżej 2 godzin u pierwiastki oraz powyżej 1 godziny u wieloródki, indukcja porodu, gorączka, DIC. A także urazy dróg rodnych w czasie trwania porodu takie jak krwiaki, wycięcie macicy oraz jej pęknięcie.

Jeżeli u rodzącej wystąpi jeden z podanych czynników ryzyka należy poddać ją specjalistycznemu nadzorowi.

Symptomy krwotoku poporodowego

Najbardziej charakterystycznym symptomem krwotoku poporodowego jest obfite krwawienie w obrębie miednicy mniejszej, najczęściej uwidaczniające się w drogach rodnych rodzącej/położnicy. Miejsce krwawienia uzależnione jest od przyczyny powstania krwotoku. W momencie kiedy kanał szyjki macicy został zacopowany np. przez skrzep, krew może nie wydostawać się na zewnątrz, lecz gromadzić się w jamie macicy, a nawet wydobyć się do jamy otrzewnej. Innym z objawów, który sugeruje możliwość rozwoju krwotoku poporodowego jest powiększenie macicy. Staje się ona rozpulchniona, dochodzi do zaburzeń w jej obkurczaniu o czym świadczy wysokość dna macicy, znajdująca się powyżej spodziewanego poziomu, w danym dniu porodu. W wyniku pozostawienia w jamie macicy fragmentów łożyska oraz błon płodowych kanał szyjki macicy pozostaje drożny, co wskazuje na kolejny z objawów, podobnie jak bolesność trzonu macicy nasilająca się podczas badania ginekologicznego. Wiele z podanych objawów predysponuje do powstania zakażenia wewnątrzmacicznego są to m.in. resztki popłodu pozostawione w jamie macicy, które są

bardzo dobrą pożywką dla bakterii, drożny kanał szyjki macicy oraz rana w miejscu przylegania łożyska do ściany macicy, ze względu na otwarte naczynia krwionośne. W tych sytuacjach pojawiają się inne objawy, do których należy: podwyższona ciepłota ciała w granicach 37,8–38 stopnia Celsjusza, tachykardia, krwiste odchody o nieprzyjemnym zapachu, jak również zaburzenia obkurczania się macicy.

Istotne jest również różnicowanie objawów krwotoku z miejsca łożyskowego, a krwawienia z uszkodzonych tkanek miękkich, które jest stosunkowo łatwe m.in. ze względu na ocenę napięcia macicy oraz jej wielkości. Jeżeli macica jest wiotka, rozpulchniona i duża świadczy to o krwawieniu z miejsca po oddzieleniu łożyska, natomiast jeśli jest ona twarda, napięta, mała oraz znajduje się na adekwatnej wysokości do czasu, który minął od porodu jest to krwawienie z uszkodzonych tkanek miękkich. Podobnie w sytuacji szybkości pojawienia się krwawienia, w przypadku miejsca łożyskowego duża ilość krwi na zewnątrz pojawia się po upływie kilku minut po wydalaniu płodu. Ze względu na to, że zbiera się ona najpierw w jamie słabo obkurczonej macicy, krwawienie nie jest stałe. W drugim przypadku, krwawienia z uszkodzonych tkanek miękkich krew pojawia się gwałtownie zaraz po urodzeniu płodu oraz nie występują momenty nasilenia i zmniejszenia wydalania jej ilości. Jeżeli po wykonaniu masażu lub po podaniu leków obkurczających mięsień macicy kurczy się ona słabo świadczy to o wystąpieniu krwawienia z powodu atonii macicy z rany po miejscu łożyskowym. Natomiast jeśli po zastosowaniu powyższych metod macica staje się twarda to krwawienie występuje z uszkodzonych tkanek miękkich.

Skala zależność objawów od objętości utraconej krwi

Nasilenie stopnia objawów klinicznych jest zależne od objętości utraconej krwi. Stworzono więc skalę, która obejmuje pięć stopni prezentujących daną zależność.

W stopniu zerowym objawy kliniczne nie są obecne, ponieważ obejmuje on fizjologiczną utratę krwi, czyli do 500 ml w czasie porodu siłami i drogami natury oraz do 1000 ml w przypadku ukończenia ciąży cięciem cesarskim. Stopień pierwszy obejmuje utratę krwi mieszczącą się między 500 a 1000 ml. W tym przypadku objawy kliniczne mogą występować w minimalnym stopniu i dotyczą zmniejszenia diurezy oraz możliwości wystąpienia hipotonii ortostatycznej. W przypadku stopnia drugiego przyjmuje się utratę krwi sięgającą 20–25 proc. objętości krwi krążącej, co wynosi 1200–1500 ml. Tutaj objawy kliniczne bardziej się nasilają i obejmują zmniejszenie diurezy, spadek ciśnienia tętniczego oraz znaczne przyspieszenie tętna. Stopień trzeci oznacza utratę krwi w ilości 1800–2100 ml. W tym przypadku pojawiają się objawy rozwijającego się wstrząsu, tj. tachypnoe, tachykardia, hipotensja oraz znaczne oziębienie. Stopień czwarty charakteryzuje się utratą krwi sięgającą 40 proc. objętości krwi krążącej, czyli powyżej 2400 ml. Pacjentka prezentuje objawy wstrząsu hipowolemicznego.

Wskaźnik Allgöwera

Wskaźnik Allgöwera został stworzony w celu umożliwienia bardziej precyzyjnej oceny utraty krwi. Wynik wskaźnika wstrząsowego Allgöwera otrzymuje się po przez podzielenie częstości tętna/min przez wartość ciśnienia skurczowego. Jeżeli jego wartość wynosi mniej niż 0,8 oznacza to wynik prawidłowy, natomiast wartość znajdująca się w granicach 0,8–1,0 świadczy o zagrażającym wstrząsie. Po otrzymaniu wyniku większego niż 1,0 można spodziewać się rozwiniętego wstrząsu, zaś wartość większa niż 2,5 świadczy o masywnej utracie krwi krążącej. Zestawienie tych wyników przedstawia tabelan nr 2.

Wskaźnik wstrząsowy Allgöwera = częstość tętna/ciśnienie skurczowe	
Wartość wskaźnika	Znaczenie
< 0,8	prawidłowy
0,8–1,0	zagrażający wstrząs
>1,0	rozwinięty wstrząs
>2,5	masywny krwotok

Tabela nr 2. Źródło: Sowa M., Tarkowski M., Wójcik K., i wsp. Krwotok poporodowy-przyczyny, objawy, postępowanie przedszpitalne. Journal of Education, Health and Sport 2015; 5(4): 319-324

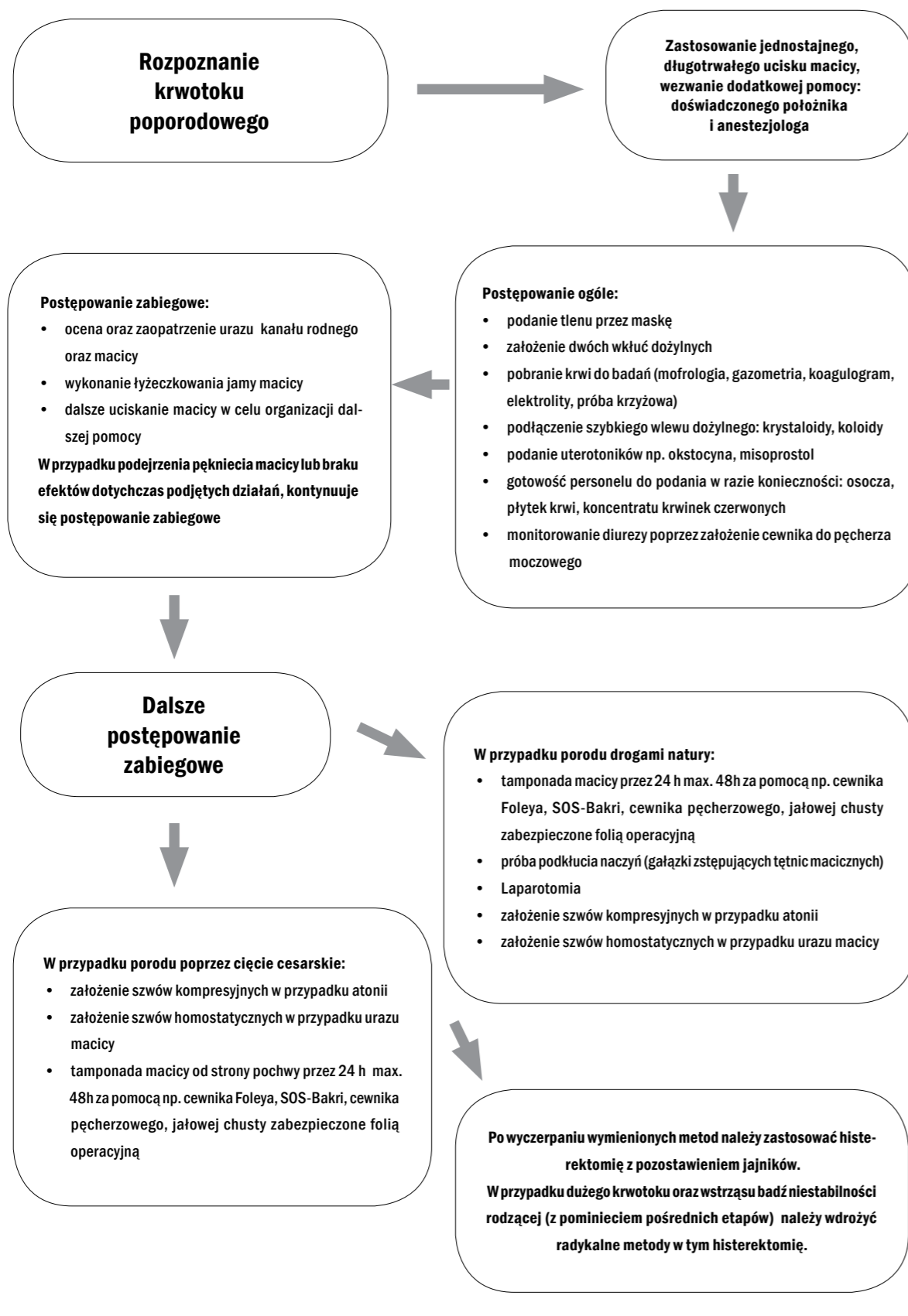
Algorytm postępowania w przypadku krwotoku poporodowego

Poniższa grafika (s. 30) obrazuje kolejność wykonywanych działań tamujących bądź zmniejszających krwotok poporodowy. Stanowi ona sugerowany ciąg czynności jakie powinno się zastosować w tej sytuacji, jednakże sposób postępowania uzależniony jest od nasilenia i rozwoju objawów krwawienia.

Jak wynika z grafiki istnieje wiele metod leczenia oraz postępowania podczas krwotoku poporodowego, począwszy od ucisku macicy, po przez kontrole parametrów życiowych oraz stanu położniczego. Następnie podejmuje się działania zabiegowe, różniące się głównie kolejnością w zależności od drogi zakończenia porodu. W przypadku porodu drogami natury zastosować można dodatkowo laparotomię oraz próbę podklucia naczyń. Pozostałe działania są niezależne od sposobu zakończenia porodu. W sytuacji kiedy wszystkie metody nie przynoszą efektu zaleca się wykonanie histerektomii z pozostawieniem jajników. Metoda ta wykonywana jest w ostateczności, gdyż pozbawia pacjentkę możliwości dalszej prokreacji. Po ustabilizowaniu stanu rodzącej, lecz przy niepewnym rokowaniu należy w dalszym ciągu monitorować parametry życiowe oraz wdrożyć leczenie w ośrodku posiadającym możliwość intensywnej terapii. Zaleca się także zastosowanie terapii przeciwzakrzepowej ze względu na podwyższone ryzyko wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych.

mgr Kamila Janiszewska
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
Zakład Położnictwa Praktycznego
II Katedra Ginekologii i Położnictwa

Algorytm postępowania w przypadku krwotoku poporodowego



„Położna” – premiera filmu o Stanisławie Leszczyńskiej

W dniu 31 maja w Teatrze Wielkim w Łodzi odbyła się długo oczekiwana, bo opóźniona przez pandemię, uroczysta premiera filmu dokumentalnego pt. „Położna”, opowiadającego historię heroicznej położnej z Auschwitz – łodzianki Stanisławy Leszczyńskiej. Obraz wyreżyserowała Maria Stachurska (prywatnie krewna Stanisławy Leszczyńskiej) a narratorem opowieści została wnuczka Stanisławy – Elżbieta Wiatrowska. Fragmenty listów, cytowanych w filmie, czytała Danuta Stenka. W pokazie uczestniczyło wielu zaproszonych gości z całej Polski m.in. Piotr Gliński – Minister Kultury, Dziedzictwa Narodowego i Sportu – oraz przedstawiciele władz lokalnych i samorządowych, w tym Agnieszka Kałużna – Przewodnicząca ORPiP, Maria Kowalczyk – Sekretarz ORPiP, abp Grzegorz Rys – Metropolita Łódzki.

Stanisława Leszczyńska urodziła się w 1896 r. w Łodzi i całe jej życie było związane z tym miastem. Tutaj przystępowała do sakramentów, poznała swojego męża, wyszła za mąż, urodziła i wychowywała czworo dzieci. Tutaj też umarła. Całe jej życie było związane z dzielnicą Bałutami, gdzie pracowała jako położna, poza niecałymi z latami osadzonymi w obozie koncentracyjnym Auschwitz Birkenau. W obozowych warunkach przyjęła ponad 3 tysiące porodów, podczas których nie zmarło żadne dziecko. Porody odbywały się na długim przewodzie kominowym, na który zawsze starała się położyć prześcieradło. Dzieci otulała po urodzeniu ligniną, czasem matki po prostu ogrzewały je własnym ciałem. Rodzące opisywały potem w listach, że Stanisława Leszczyńska miała tak nieprawdopodobne dło-



nie, że nawet bólu nie odczuwały. Za heroiczne dokonania wizerunek Stanisławy Leszczyńskiej, jako jednej z czterech najwybitniejszych Polek ostatniego tysiąclecia, umieszczono na Kielichu Życia i Przemiany Narodu, który znajduje się na Jasnej Górze.



125 rocznica urodzin Stanisławy Leszczyńskiej



Z okazji obchodzonej w dniu 8 maja 125 rocznicy urodzin Stanisławy Leszczyńskiej Agnieszka Kałużna – Przewodnicząca ORPiP, Maria Kowalczyk – Sekretarz ORPiP – w dniu 12 maja złożyły kwiaty na Jej nagrobku w krypcie znajdującej się w kościele pw. Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny w Łodzi a w dniu 27 maja br. na spotkaniu z abp Grzegorzem Rysiem – Metropolita Łódzkim przedmiotem rozmów było wznowienie dalszych działań związanych z procesem beatyfikacji Stanisławy Leszczyńskiej, które przerwał czas ogłoszonej pandemii.

Może warto spróbować dokonać oceny i odnaleźć sens zaangażowania grupy działaczek zawodowych w odnajdywaniu satysfakcji z podnoszenia wiedzy, a tym samym prestiżu i rangi naszego zawodu.

Każde pokolenie jest przekonane, że warunki i możliwości wykonywania zawodu są stałe, niezmiennie, a jeśli wymagają poprawy to tylko dzięki aktualnie działającym aktywistkom, których postawy przyczyniają się do rozwoju zawodu, jego postępu, uwarunkowanego wiedzą, tradycją i stałym dążeniem pielęgniarek do doskonalenia swoich kompetencji, samodzielności, a także ich udziału w tworzeniu prawa dotyczącego ochrony zdrowia i zawodu.

Procesy profesjonalizacji pielęgniarstwa były wypadkową oddziaływań organizacji pielęgniarek, którą było Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych (PSPZ), ponadto administracji państwowej, społeczności lekarskiej oraz znacznego wsparcia, zwłaszcza w pierwszym 10-leciu okresu międzywojennego, Międzynarodowego Czerwonego Krzyża i Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, której członkiem jesteśmy od 1925 r. Naczelną ideą tych organizacji było uczynienie z pielęgniarstwa kompetentnej działalności zawodowej, prawnie uregulowanej przez władze państwa.

Idea takiego pielęgniarstwa zrodziła się z dwóch źródeł. Pierwszym było przekonanie o społeczno-kulturowej doniosłości funkcji zawodu, która jest tym skuteczniej realizowana, im lepiej są przygotowane reprezentantki tego zawodu, oraz jak duża jest ich liczba do zaspokojenia określonych potrzeb zdrowotnych i społecznych. Drugim źródłem stało się przekonanie o szczególnej funkcji pielęgniarstwa jako swoistej działalności służby zdrowia wymagającej odpowiednich kompetencji intelektualnych i moralnych.

Tę pionierską pracę, która zmierzała do zapewnienia jak najlepszej opieki nad chorym, doskonalenia zasad udzielania świadczeń zdrowotnych, realizowało wiele mądrych i wykształconych pielęgniarek, m.in.: Julia Aleksandrowicz, Maria Epsteinówna, Anna Rydlówna (córka rektora UJ i siostra Lucjana Rydla), Zofia Szlenkierówna (fundatorka szpitala dziecięcego w Warszawie), Teresa Kulczyńska i Hanna Chrzanowska (autorki jednego z pierwszych polskich podręczników zawodowych). Początkowo powstawały opracowania dotyczące zakresu działań pielęgniarstwa oraz modelu pielęgniarki. Stopniowo tworzone system kształcenia i doskonalenia zawodowego i równocześnie podejmowano starania o prawne podstawy wykonywania zawodu.



Wspólne dążenie pielęgniarek na przestrzeni lat w różnych warunkach gospodarczych, społecznych i politycznych pozwoliło uzyskać samodzielność zawodową i możliwość rozwoju zawodu na warunkach wyznaczanych głównie przez same pielęgniarki. Pozostaje poprawa warunków pracy i płacy, które w ogromnej mierze zależą od nakładów na ochronę zdrowia, działania związków i samorządów zawodowych oraz od stanu gospodarki państwa.

Obserwuje się rosnące poczucie świadomości zawodowej, przekonanie o ważności pełnionej roli społecznej i podejmowanie działań na rzecz środowiska, w których można upatrywać początku idei samorządności zawodowej. W wyniku aktywności pielęgniarek już w 1926 r. w Departamencie Zdrowia został utworzony samodzielny Referat Pielęgniarski, którego pierwszym kierownikiem w okresie przedwojennym była wybitna pielęgniarka Maria Babicka-Zachertowa,

pośmiertnie odznaczona Medalem F. Nightingale. W tym czasie utworzone zostały stanowiska pielęgniarek wojewódzkich. To ten Referat przygotował projekt ustawy o zawodzie pielęgniarki, uchwalony przez Sejm w 1935 r., która obowiązywała do uchwalenia nowej w 1993 r.

Po II wojnie światowej sytuacja w zawodzie uległa znacznemu pogorszeniu; duża część wyszkolonej kadry zginęła w czasie okupacji i zaistniała konieczność szybkiego kursowego szkolenia przyuczonych do zawodu pielęgniarek. W latach 1950–1960 pełno kwalifikowane pielęgniarki stanowiły mniejszość, więc poziom opieki uległ znacznemu obniżeniu. W świetle opinii Ingrid Hamelin – przedstawicielki pielęgniarek w Holandii i eksperta Światowej Organizacji Zdrowia – rozwój usług pielęgniarstwa w stosunku do usług lekarskich jest opóźniony około 40–50 lat. W tej atmosferze w środowisku pielęgniarek i położnych wzrasta twórcze niezadowolenie z roli zawodowej i jakości wykonywanej pracy. Stało się oczywiste, że środowisko musi się zorganizować w celu poprawy sytuacji zawodowej. W roku 1957 udało się reaktywować PSPZ, które na pierwszym Krajowym Zjeździe przyjęło nazwę PTP. Organizowanie się środowiska

pielęgniarskiego umożliwia określenie i opracowywanie niezbędnych działań zmierzających do podniesienia poziomu wiedzy zawodowej pielęgniarek i udzielanych świadczeń zdrowotnych. Koleżanki miały za zadanie poprawę satysfakcji z dobrze wykonywanych zadań spełniających oczekiwania społeczne. W dążeniach polskich pielęgniarek do zrozumienia nowoczesnej roli pielęgniarstwa i do społecznego zaakceptowania działań, które miały na celu uzyskanie samodzielności zawodowej, bardzo nas wspierała Międzynarodowa Rada Pielęgniarek, której ponownym członkiem staliśmy się w 1961 r.

Staraniem aktywistek pielęgniarstwa ujednolicono system szkolenia pielęgniarek. Od 1969 r. zaczęto tworzyć wydziały pielęgniarstwa przy AM, a w roku 1982 udało się powołać w MZIOS samodzielny Wydział Pielęgniarstwa. W latach 1980–1990 środowisko swoją działalność kieruje w stronę utworzenia samorządu zawodowego i nowelizacji ustawy o zawodzie. Aktywność pielęgniarek wzrasta wraz z powstającymi możliwościami dokonania zmian w latach 1989/1990 i późniejszych. W polskim Sejmie było pięć pielęgniarek reprezentujących różne kluby i opcje polityczne, ale wszystkie miały jeden cel: poprawienie zasad funkcjonowania zawodu.

Wspólne dążenie pielęgniarek na przestrzeni lat w różnych warunkach gospodarczych, społecznych i politycznych pozwoliło uzyskać samodzielność zawodową i możliwość rozwoju zawodu na warunkach wyznaczanych głównie przez same pielęgniarki. Pozostaje poprawa warunków pracy i płacy, które w ogromnej mierze zależą od nakładów na ochronę zdrowia, działania związków i samorządów zawodowych oraz od stanu gospodarki państwa.

Nawiązując do pytania postawionego na wstępie: i co dalej... Minęły lata i staraniem całych pokoleń pielęgniarek znajdujemy się na obecnym etapie rozwoju. Czy działania aktywistek pielęgniarstwa przynoszą im satysfakcję? Jakie to ma znaczenie przy wykonywaniu zawodu przez współczesne pielęgniarki? Czego brakuje działaczkom pielęgniarstwa do poczucia pełnego zadowolenia? Są to pytania typowo retoryczne, prowokujące do wyrażania oceny i poszukiwania błędów w ich działalności. Jednakże przedstawiony w wielkim skrócie rozwój zawodu może spełniać oczekiwania osób działających na rzecz doskonalenia pielęgniarstwa, które są uzależnione nie tylko od wiedzy, ale i od wrażliwości, empatii, holistycznego traktowania pacjenta, odpowiedzialności w pełnieniu funkcji zawodowo-społecznych oraz od jedności zawodowej pielęgniarek. Z pewnością na przestrzeni lat, dzięki zaangażowaniu, rozumieniu doniosłości roli i zadań, jakie mogą i powinny pełnić pielęgniarki, w naszym zawodzie dokonał się znaczący postęp.

Krystyna Ejsmont
pielęgniarka, poseł X kadencji,
współtwórczyni i wprowadzająca
ustawę o samorządzie zawodowym
pielęgniarek i położnych

„...Śmierć tak punktualna, że zawsze nie w porę...”
ks. Jan Twardowski

Z głębokim smutkiem i żalem zawiadamiamy o wielkiej stracie dla łódzkiej anestezjologii,
w dniu 14 maja 2021 roku zmarł

prof. dr hab. n. med. śp. Wojciech Krajewski



Pan Profesor Wojciech Krajewski był znakomitym anestezjologiem. Urodził się 6 września 1947 roku w Łodzi. Był absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Łodzi, uzyskując dyplom lekarza w 1970 roku. Podczas studiów był członkiem Zrzeszenia Studentów Polski, wiceprzewodniczącym Rady Uczelnianej ZSP, członkiem Rady Okręgowej ZSP w Łodzi. Stypendysta Uniwersytetu w Bonn, Instytut Anestezjologii w 1988 roku, prowadził badania nad wydatkiem energetycznym w trakcie znieczulenia i intensywnej terapii. Odbył indywidualny staż naukowy w Zakładzie Fizjologii Pracy Polskiej Akademii Nauk w Warszawie oraz szkolił się w zakresie Emergency Medical Services w International Health Training Center Medical College of Wisconsin w Milwaukee (USA) w 1993 roku.; uzyskał uprawnienia wykładowcy amerykańskiego programu szkolenia nauczycieli doraźnej pomocy (emergency medicine) i organizacji służb ratownictwa medycznego. Był stażystą w Zespole Intensywnej Terapii i Transplantologii St. James University Hospital w Leeds (W. Brytania) w zakresie anestezjologii transplantacyjnej (nerki, wątroba) w 1996 roku. W latach 1974–2001 był nauczycielem akademickim w Katedrze Anestezjologii i Intensywnej Terapii AM w Łodzi, autorem i współautorem ponad 40 prac naukowych publikowanych w czasopismach i materiałach zjazdowych konferencji krajowych i zagranicznych oraz podręcznikach (m.in. w Medical Science Monitor, Der Anesthesia, Forum Kardiologów, International Journal of Pediatrics).

W latach 1995–1999 był kierownikiem Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej Szpitala Klinicznego nr 1 Akademii Medycznej im. Norberta Barlickiego w Łodzi. Od 2001 do 2008 r. pełnił obowiązki Kierownika Zakładu Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki, od 2008 do 2018 r. został powołany na Kierownika wyżej wymienionej Kliniki. Był profesorem nadzwyczajnym, członkiem Rady Naukowej, wiceprzewodniczącym Komisji Dyscyplinarnej w ICZMP. Od 1999 roku wyróżniał się jako biegły Sądu Okręgowego w Łodzi w zakresie Anestezjologii, Intensywnej Terapii i Medycyny Ratunkowej – jego opinie z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii były najlepsze w całej Polsce. W trakcie pracy w Akademii Medycznej był z wyboru lub powołania członkiem Rady Wydziału Lekarskiego (przez dwie kadencje), Rady Szkoły ds. Młodzieży, Rady Instytutu Chirurgii, Komisji Dyscyplinarnej dla Studentów, Senackiej Komisji ds. Klinicznych, Terenowej Komisji Nadzoru nad Dokonywaniem Doświadczeń na Ludziach. Był również członkiem Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. W latach 1975–1998 był konsultantem Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Łodzi, ponadto wykładowcą i członkiem Rady Naukowej Szkoły Ratownictwa. W latach 1977–1978 był lekarzem Zespołu Spadochroniarzy Aeroklubu Łódzkiego, od 1990 do 1991 r. – wicedyrektorem ds. medycznych Spółki Lodmed S.A. W 1996 roku kierował Zespołem Anestezjologów Akademii Medycznej uczestniczących w pierwszym udanym przeszczepie nerki w Łodzi.

Był nagrodzony: przez JM Rektora AM w Łodzi „Za osiągnięcia dydaktyczne III stopnia i II stopnia” (dwukrotnie), Odznaką „Wzorowy pracownik Służby Zdrowia” oraz „Honorową Odznaką miasta Łodzi”. Otrzymał również Medal „Za zasługi dla Ruchu Studenckiego”.

Panie Profesorze! Są pożegnania, na które nigdy nie będziemy gotowi! Na zawsze pozostanie Pan w naszej pamięci jako nieoceniony, niezawodny Szef, autorytet, dobry człowiek o wielkim sercu, służący zawsze radą i pomocą...

Elżbieta Janiszewska

Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki Oddział w Łodzi

Pielęgniarki i Pielęgniarze Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii w Instytucie CZMP w Łodzi

Nie wiedziałam od czego zacząć. Może od tego, że wszyscy byliśmy młodzi. Pierwsza praca, pierwsze wyzwania w ukochanej anestezjologii lata 80. XX wieku. Bardzo ciężka praca pod względem fizycznym i psychicznym, ale wspaniała KADRA – takiej już nigdy później nie było. Nie było zadań, których byśmy nie wykonali, rozwijaliśmy się wraz z anestezjologią. Mieliśmy SZEFA, nawet jak odszedł do Matki Polki, to zawsze był nasz. Gdzie jest SZEFA? W Matce Polce. Na słowo SZEFA trzeba sobie zasłużyć. Ostatnie spotkanie z pielęgniarkami w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej – dużo wspomnień, wzruszeń... koleżanki, które poszły na zasłużoną emeryturę przyjechały do Szefa, prof. Krajewskiego. Żałuję, że nie było kamerzysty, historia łódzkiej anestezjologii opowiedziana słowami prof. Krajewskiego nigdzie nie zapisana a jakże prawdziwa, łódzka anestezjologia w całym tego słowa znaczeniu. Szef się wzruszył, przyznał, że łaża mu się w oku zakręciła, gdy pakowaliśmy kwiaty i drobne upominki do samochodu po uroczystej kolacji i spotkaniu jedynym w swoim rodzaju. Zawsze będzie w naszej i mojej pamięci.

Elżbieta Matuszko
pielęgniarka anestezjologiczna
Szpital nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi

Wybierając piękne kwiaty do wiązanki pogrzebowej, kupując ładny znicz i stosownie się ubierając chcemy okazać szacunek osobie, która odeszła, dopowiedzieć to wszystko czego nie zdążyliśmy powiedzieć myśląc, że może nie wypada albo... będzie jeszcze czas. Czasu zabrakło a ja... dziękuję za zaufanie, którym zostałam obdarzona, za docenienie, za dwadzieścia lat wspólnej pracy, za szczerość, za chwile rozmowy: nieszkodliwe „plotuchy”, za dzielenie się radością z rodziny – pokazywanie filmików z wnuczkami – i za wiele, wiele innych, małych rzeczy... Może nie popisałam się, bo swego czasu Pan Profesor na czas znieczulenia i zabiegu kardiochirurgicznego małego dziecka zostawił mnie, pielęgniarkę, pod opieką swoją córkę, która planowała studiować medycynę, abym skutecznie „wybiła” jej te zamiary z głowy. Nie byłam zbyt przekonująca; magia medycyny zadziałała – córka została lekarzem, ale innej specjalności. Natomiast zawsze potwierdzałam, czasem o to pytał, że był najlepszym szefem Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej, co jest prawdą. Zawsze kompetentny, rzeczowy, pomocny, człowiek... Pozostanie w mojej pamięci.

Mirosława Kosmowska
pielęgniarka anestezjologiczna

Daj nam wiarę, że to ma sens
Że nie trzeba żałować przyjaciół
Że gdziekolwiek są – dobrze im jest.
Bo są z nami choć w innej postaci.

I przekonaj, że tak ma być.
Że po głosach twych wciąż drży powietrze.
Że odeszli po to, by żyć.
I tym razem będą żyć wiecznie.

„Kolęda dla nieobecnych” Szymon Mucha

Z ogromnym bólem i żalem żegnamy
naszą Koleżankę

śp. Grażynę Matusiak

wieloletnią pielęgniarkę Szpitala im. św. Faustyny Kowalskiej ZOZ w Łęczycy, Człowieka Wielkiego Serca, osobę przyjacielską i wrażliwą, opiekuńczą i sumienną pielęgniarkę, otwartą na ludzi i świat. Na zawsze pozostaniesz w naszych sercach i pamięci, pełna optymizmu, zrozumienia i miłości. Nie zapomnimy lat spędzonych razem...

Personel Oddziału Wewnętrzny II w Łęczycy

„Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze,
bo zostawili ślady w naszych sercach”

ks. J. Twardowski

Życie przemija, jednak pamięć o kochanej osobie
pozostaje w sercach na zawsze.

Z głębokim smutkiem przyjęliśmy
wiadomość o śmierci

**śp. Danuty Janiny
Kozłowskiej**

W imieniu Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
wyraży współczucia składają

Przewodnicząca Agnieszka Kałużna
Sekretarz Maria Kowalczyk
oraz członkowie Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Zbędne są słowa, kiedy Anioł Śmierci zamyka usta tym, którzy byli nam bliscy, z którymi dzieliśmy przez wiele lat trud pracy, pragnień i osiągnięć i byliśmy uczestnikami oraz świadkami wielu zawodowych i prywatnych sukcesów. Świadomość wieloletniej przyjaźni zobowiązuje nas jednak i zachęca do utrwalenia wspomnień o

śp. Jadwidze Zych

zmarłej 24 kwietnia 2021 r. w Nowosolnej pod Łodzią, a pochowanej 5 maja br. na cmentarzu parafialnym w Nowosolnej. Wyżej wymieniona była absolwentką Pomaturalnej Państwowej Szkoły Pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Łodzi (funkcjonującej przy ul. Narutowicza 96), ukończyła studia uniwersyteckie. Przyjęła prestiżową propozycję pracy zawodowej w charakterze nauczycielki zawodu w łódzkim szkolnictwie medycznym, ostatnio w Liceum Medycznym nr 2 w Łodzi. Wyszła za mąż, urodziła dwoje dzieci (Macieja i Monikę). Specjalizowała się w pielęgniarstwie pediatrycznym. Imponowała rozległą wiedzą merytoryczną, ogólną i umiejętnościami zawodowymi. Kochała młodzież i swoją nauczycielską pracę. Własnym przykładem szerzyła w każdym miejscu zatrudnienia kulturę zawodową i etos pracy. Była przez młodzież i środowisko nauczycielskie lubiana i szanowana. Przyjaciele cenili jej dowcip i dyskrecję. Ze smutkiem żegnamy Cię, Jadziu; niech Twoje zacne doczesne życie będzie Ci drogą do szczęśliwej wieczności.

Rodzinie przesyłamy wyrazy współczucia

Nauczyciele byłego Liceum Medycznego nr 2 w Łodzi przy Lipowej 16
oprac. M. Rz.

Można odejść daleko, by zawsze być blisko
ks. J. Twardowski

Ze smutkiem i żalem w dniu 15 kwietnia 2021 r. pożegnałyśmy naszą drogą Koleżankę

śp. Teresę Pińkowską

Była jedną z nas – pielęgniarką o wielkiej wrażliwości. Pracowała na oddziale ginekologii oraz w bloku operacyjnym jako instrumentariuszka Szpitala im. dr. Heleny Wolf i w Szpitalu im. dr. Henryka Jordana. W przebiegu pracy zawodowej chętnie podnosiła swoje kwalifikacje. W opiece nad chorym wyróżniała się szacunkiem do drugiego człowieka. Była życzliwa, opiekuńcza, pracowita i odpowiedzialna. Cechowały ją sumienność, rzetelność i profesjonalizm w wykonywaniu obowiązków zawodowych. Z godnością pełniła zawód pielęgniarki, lubiana w gronie współpracowników. W życiu osobistym kierowała się mądrą zasadą, że największym skarbem człowieka jest rodzina. Z mężem przeżyli ponad 50 lat, wychowując dwóch synów. Ich miłość oznaczała iść razem i patrzeć w tym samym kierunku. Stworzyli cudowny dom pełen szlachetności, dobroci, ciepła i zrozumienia.

Tereska była kochającą żoną, matką, teściową i babcią.

Żegnamy Cię Teresko, Koleżankę o wielkim sercu, pozostaniesz z nami...

Koleżanki seniorki ze Szpitala im. dr. H. Wolf

Ze smutkiem i żalem żegnamy naszą
Koleżankę i wspańiałego Człowieka, Położną

śp. Renatę Andrzejewską

Koleżanki i Koledzy z Samodzielnego Szpitala
Wojewódzkiego im. Mikołaja Kopernika
w Piotrkowie Trybunalskim”

Nigdy nie jesteśmy gotowi na takie pożegnanie...

Z ogromnym smutkiem żegnamy naszą Koleżankę Pielęgniarkę

śp. Irenę Machereę

Irenko, na zawsze pozostaniesz w naszych sercach
jako osoba ciepła, wrażliwa, pracowita...

Koleżanki i Koledzy ze Specjalistycznego Psychiatrycznego ZOZ w Łodzi

PROTESTY pielęgniarek i położnych

12 maja 2021 r. Warszawa



7 czerwca 2021 r. Łódź





2021



STYCZEŃ

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

LUTY

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

MARZEC

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

KWIECIEŃ

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

MAJ

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

CZERWIEC

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

LIPIEC

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

SIERPIEŃ

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

WRZESIEŃ

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

PAŹDZIERNIK

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

LISTOPAD

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

GRUDZIEŃ

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		