

ISSN 1640-7679

# Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

9-10/2020



**Ostatni  
tydzień września**

**Międzynarodowy Dzień  
Głuchego i Tydzień  
Języków Migowych**

12

**Komunikaty  
Działu Kształcenia**

5

**„Dyżur pod telefonem”  
pielęgniarki i położnej**

10

**Zapoznajmy się  
z przetoką tętniczo-żylną**

16

**Poród powikłany  
dystocją barkową**

24



# K O N K U R S

## Moja historia z czasów „Korony” – doświadczenia pielęgniarki/położnej w dobie Covid-19

### R E G U L A M I N K O N K U R S U

1. W konkursie uczestniczyć mogą tylko pielęgniarki i położne z obszaru działalności OIPiP w Łodzi.
2. Prace należy przesłać w wersji elektronicznej w liczbie nie przekraczającej 6 stron znormalizowanego maszynopisu (przeciętnie 60 znaków w wierszu, 30 wierszy na stronie, podwójny odstęp między wierszami).
3. Autorzy swoje prace mogą podpisać pseudonimem, a dane osobowe przedstawić do wiadomości Redakcji.

Informacja o przetwarzaniu danych osobowych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi:

1. Administratorem danych osobowych jest Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Emilii Plater 34, 91-762 Łódź.
2. Administrator powołał Inspektora Ochrony Danych Osobowych. Kontakt z IOD jest możliwy poprzez adres e-mail: iod@oipp.lodz.pl oraz w formie pisemnej na adres Administratora: Łódź 91-762, ul. Emilii Plater 34.
3. Dane osobowe przetwarzane są w celu obsługi korespondencji na podstawie art. 6 ust. 1 lit. F RODO, jeśli nie są już przetwarzane na innej podstawie.
4. W związku z przetwarzaniem danych osobowych przysługuje na zasadach i przypadkach określonych w RODO prawo do dostępu do danych osobowych, sprostowania danych osobowych, usunięcia danych, ograniczenia przetwarzania danych osobowych, wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych, przenoszenia danych osobowych, prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
5. Dokładniejsze informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych znajdują się na stronie internetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, w zakładce RODO.

4. Artykuły należy przesłać do 31 grudnia 2020 r.
5. Prace zostaną komisyjnie ocenione przez zespół jury, w skład którego wchodzi Zespół Redakcyjny oraz Przewodnicząca ORPiP w Łodzi. Kryteria oceny: treść, wyjątkowe/niepowtarzalne/nietuzinkowe podjęcie, opracowanie przyciągające uwagę czytelnika, wnioski „przesłanie” dla czytelnika.
6. Najciekawsze prace zostaną nagrodzone.
7. Prace wskazane przez zespół jury zostaną opublikowane na łamach naszego Biuletynu.
8. Lista artykułów nagrodzonych będzie opublikowana w kolejnych biuletynach.
9. Autor każdej opublikowanej pracy w Biuletynie otrzyma honorarium zgodnie z obowiązującym regulaminem Biuletynu.

#### 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

#### Mecenas

wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00  
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

DZIAŁ PRAWNY 8

TEMAT MIESIĄCA 12

PRAKTYKA ZAWODOWA 16

SZKOLENIA, KURSY, KONFERENCJE 26

POŻEGNANIA 28

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34  
tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;  
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl  
Redaktor Naczelny: Agnieszka Głowacka  
Bank Zdjęć Photogenica: okładka, s. 12, 20, 25, 27, 28  
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, Drodzy Czytelnicy

W jesiennym numerze biuletynu, poruszone są kolejne istotne tematy. Bez wątpienia jednym z nich jest obchodzony we wrześniu Międzynarodowy Dzień poświęcony osobom niesłyszącym i językowi migowemu. Umieszczając na łamach Biuletynu ten temat wspólnie z Zespołem Redakcyjnym chciałabym zwrócić Państwa uwagę na ważną sprawę nieustannie zwiększającej się w naszym otoczeniu populacji osób z barierą komunikacyjną jaką jest brak słuchu. Ponadto w tym numerze przygotowaliśmy interpretacje następujących „zagadek” legislacyjnych.

W ślad za apelem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych pragnę zwrócić Państwa szczególną uwagę na problem szeroko pojętej profilaktyki Covid-19 oraz grypy. Pomimo licznych problemów, z którymi musimy się na co dzień mierzyć takich jak chociażby trudny dostęp do szczepionek nie zapominajmy, że naszą rolą jest też informowanie i edukowanie społeczeństwa w tak ważnym temacie jakim są szczepienia ochronne. Chciałabym na koniec zachęcić do udziału w naszym konkursie, którego założeniem jest zebranie indywidualnych doświadczeń z okresu, który wydawałoby się nie ma końca. Niestety epidemia Covid-19 nadal trwa dlatego postanowiliśmy, że jeszcze do końca grudnia będziemy kontynuować zbieranie prac konkursowych. W pracach konkursowych doceniamy indywidualne „nietuzinkowe” podejście do tego co nas jako pielęgniarki(rzy)/położne porusza, zaskakuje lub dziwi. W ten sposób możemy wskazać przesłanie dla osób, którym oddajemy pod rozwagę swoją historię z czasów pandemii.

pozdrawiam  
Agnieszka Głowacka

Posiedzenia i głosowania przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość na podstawie art. 14 h 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.2020.374 ze zm.)

### XXXII posiedzenie ORPiP w dniu 15 lipca 2020 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiego ORPiP w Łodzi – 2 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego – 2 pielęgniarskim.
- ▶ Wydłużono termin ważności prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego ORPiP w Łodzi – 2 pielęgniarskim i 1 pielęgniarszowi.
- ▶ Stwierdzono wygaśnięcie ograniczonego prawa wykony-

wania zawodu pielęgniarki z powodu upływu czasu, na jaki zostało wydane – 7 pielęgniarek.

- ▶ Stwierdzono wygaśnięcie ograniczonego prawa wykonywania zawodu położnej z powodu upływu czasu, na jaki zostało wydane – 10 położnych.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 5 praktyki pielęgniarek i 3 praktyki pielęgniarsza.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarek.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki poprzez zmianę rodzaju praktyki.
- ▶ Rozpatrzono i utrzymano w mocy 1 odwołanie o odmowie przyznania dofinansowania, ze względów regulaminowych – wniosek złożony po terminie.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące składek członkowskich na rzecz ORPiP w Łodzi:
  - wyrażono zgodę na zwrot nadpłaconych składek członkowskich na rzecz ORPiP – zgodnie z wnioskami 3 pielęgniarek.
- ▶ Przyznano członkom ORPiP w Łodzi 5 zapomóg losowych w wysokości 3 × 2500 zł, 1 × 1500 zł, 1 × 1000 zł. 1 osobie odmówiono zapomogi ze względów regulaminowych – zapomoga może być przyznana tylko żyjącemu członkowi ORPiP w Łodzi (nie członkowi rodziny).
- ▶ Dokonano do SMK wpisu zmiany dotychczasowych danych dla 1 szkolenia specjalizacyjnego w rejestrze organizatorów

kształcenia ORPiP w Łodzi, zgodnie z wnioskiem 1 organizatora kształcenia.

- ▶ Podjęto uchwały w sprawie ogłoszenia w Biuletynie i sfinansowanie 3 nagród – konkurs „Moja historia z czasów Korony – doświadczenia pielęgniarki/położnej w dobie COVID-19”.
- ▶ Zatwierdzono:
  - koszty wykonania przestrzennego logo ORPiP w Łodzi wraz z podświetleniem;
  - koszty zakupu materiałów ogrodniczych i wykonania prac związanych z zagospodarowaniem terenu zielonego wokół budynku ORPiP w Łodzi;
  - koszty zakupu zestawów oświetlenia zewnętrznego siedziby ORPiP w Łodzi;
  - koszty wykonania dokumentacji projektowej parkingu dla samochodów osobowych;
  - koszty uzupełnienia wyposażenia biura ORPiP w Łodzi.
- ▶ Przekazano informacje dotyczące działań podjętych przez ORPiP w związku z epidemią wirusa SARS-COV-2 wywołującego chorobę COVID-19.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym – 1 zastępcy dyrektora ds. lecznictwa.

### LXI posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 28 lipca 2020 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiego ORPiP w Łodzi – 40 pielęgniarek i 8 pielęgniarszy.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 3 położne.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarsce.
- ▶ Wydłużono termin ważności prawa wykonywania zawodu pielęgniarskiego ORPiP w Łodzi – 1 pielęgniarszowi.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 4 praktyki pielęgniarek i 1 praktykę pielęgniarsza.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Przyznano członkom ORPiP w Łodzi 2 zapomogi losowe w wysokości 1 × 2500 zł, 1 × 2000 zł.
- ▶ Zatwierdzono:
  - honoraria dla 3 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie ORPiP nr 5–6/2020;
  - pokrycie kosztów remontu nawierzchni istniejącego chodnika wzdłuż ogrodzenia przed siedzibą ORPiP.

### LXII posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 25 sierpnia 2020 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 98 pielęgniarki i 7 pielęgniarszy.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 42 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano położne do rejestru położnych ORPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 8 pielęgniarek.
- ▶ Dokonano wymiany na nowe zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych ORPiP w Łodzi – 8 praktyk pielęgniarek, 2 praktyk pielęgniarszy i 1 praktyka położnej.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek ORPiP w Łodzi – 2 praktyki pielęgniarki i 1 praktyki pielęgniarsza poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Dokonano wpisu zmiany dotychczasowych danych do SMK dla 3 szkoleń specjalizacyjnych oraz 2 kursów specjalistycznych w rejestrze organizatorów kształcenia ORPiP w Łodzi, zgodnie z wnioskiem organizatora kształcenia.
- ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych – 1 osobie. Odmówiono 7 osobom przyznania dofinansowania ze względów regulaminowych – udział w szkoleniach specjalizacyjnych realizowanych przez innych organizatorów kształcenia niż ORPiP w Łodzi nie jest dofinansowany z budżetu ORPiP w Łodzi.
- ▶ Przyznano członkowi ORPiP w Łodzi 1 zapomogę losową w wysokości 2500 zł.
- ▶ Wyrażono zgodę na zwrot nadpłaty składek członkowskich na rzecz ORPiP w Łodzi – zgodnie z wnioskiem 1 pielęgniarki.
- ▶ Zatwierdzono:
  - kadre dydaktyczną dla 1 kursu specjalistycznego organizowanego i finansowanego z budżetu ORPiP w Łodzi;
  - komisję egzaminacyjną dla 1 kursu specjalistycznego organizowanego i finansowanego z budżetu ORPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi o przyznanie nagrody MZ im. bł. Gerarda za wybitne osiągnięcia w ratownictwie medycznym.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym – 1 dyrektora ds. medycznych.

### XXXIII posiedzenie ORPiP w dniu 16 września 2020 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiego ORPiP w Łodzi – 16 pielęgniarek.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 8 położnych.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki/pielęgniarszą z rejestru pielęgniarek/pielęgniarszy OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek i 1 pielęgniarszą.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Wydano nowy dokument o prawie wykonywania zawodu pielęgniarszą – 1 pielęgniarszemu.
- ▶ Wydłużono termin ważności prawa wykonywania zawodu pielęgniarszą OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarszemu i 1 pielęgniarszemu.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarszą, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarszą lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
  - wydano zaświadczenia o odbytym przeszkoleniu – 2 pielęgniarszemu.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 8 praktyk pielęgniarek i 2 praktyki pielęgniarszy.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarek i 1 praktyki pielęgniarszą, poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarszą.
- ▶ Przyznano członkowi OIPiP w Łodzi 1 zapomogę losową w wysokości 2500 zł.
- ▶ Zatwierdzono:
  - honoraria dla 5 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP nr 7–8/2020;
  - procedurę organizacji zajęć teoretycznych, kształcenia podyplomowego organizowanego przez OIPiP w Łodzi w czasie epidemii oraz zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2;
  - zawarcie umowy na świadczenie usług portierskich oraz drobnych prac porządkowych na terenie obiektu OIPiP w Łodzi;
  - uzupełnienie o 1 osobę składu osobowego Zespołu Redakcyjnego Biuletynu OIPiP w Łodzi;
  - zmiany do Polityki Rachunkowości OIPiP w Łodzi;
  - zakup: termometru na podczerwień wraz z zestawem komputerowym, urządzenia ozonującego do OIPiP;
  - zakup do biura OIPiP w Łodzi: 2 drukarek laserowych, dysku twardego do przechowywania danych;
  - zakup rocznej licencji do prowadzenia kursów na odległość dla OIPiP w Łodzi;

- budowę parkingu dla samochodów oraz przebudowę wewnętrznego układu drogowego wraz z odwodnieniem i oświetleniem przy siedzibie OIPiP w Łodzi.

#### LXIII posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 30 września 2020 r.

- ▶ Dokonano przyznania na czas określony prawa wykonywania zawodu pielęgniarską i wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarską.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarską i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 11 pielęgniarek i 7 pielęgniarszy.
- ▶ Wpisano pielęgniarską do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarską.
- ▶ Wykreślono pielęgniarską/pielęgniarszą z rejestru pielęgniarek/pielęgniarszy OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarską i 1 pielęgniarszą.
- ▶ Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarską – 1 pielęgniarską.
- ▶ Dokonano zmiany uchwały ze stwierdzenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarską na przyznanie prawa wykonywania zawodu pielęgniarską – 1 pielęgniarską.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyk pielęgniarek i 2 praktyk pielęgniarszy.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarską poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Przyznano członkowi OIPiP w Łodzi 1 zapomogę losową w wysokości 2500 zł.
- ▶ Wyrażono zgodę na spłatę na raty zaległych składek członkowskich na rzecz OIPiP – zgodnie z wnioskiem 1 położnej.
- ▶ Zatwierdzono:
  - zmiany kosztów realizacji 2 szkoleń specjalizacyjnych, dla pielęgniarek, organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi, rozpoczynających się w 2020 r.;
  - zakup zestawów oświetlenia zewnętrznego siedziby OIPiP w Łodzi;
  - zakup 2 energooszczędnych lamp przepływowanych, jezdnych do siedziby OIPiP w Łodzi;
  - zakup stojaków na dozowniki łokciowe na płyn dezynfekcyjny do biura OIPiP w Łodzi;
  - zakup 9 lamp oświetleniowych na stronę zachodnią siedziby OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do komisji egzaminacyjnych – 5 kursów specjalistycznych, zgodnie z wnioskiem 1 organizatora kształcenia podyplomowego.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym – 2 ordynatorów.

mgr Maria Kowalczyk  
Sekretarz ORPiP

# Komunikaty Działu Kształcenia

W związku z upływem czasu i niepewną sytuacją epidemiczną w miesiącach jesiennych, podjęliśmy decyzję o wznowieniu zajęć teoretycznych w siedzibie OIPiP w Łodzi. W pierwszej kolejności chcemy powrócić z wykładami dla tych kursów i specjalizacji, które w marcu zostały zawieszane. Następnie systematycznie będziemy rozpoczynać nowe kursy. Należy mieć na uwadze, iż na ten moment nie możemy realizować zajęć praktycznych. Zajęcia dydaktyczne będą odbywały się przy zachowaniu jak największych środków ostrożności. Uczestnicy będą zobowiązani do bezwzględnego przestrzegania ustalonych zasad:

- Uczestnik przed wejściem do siedziby OIPiP w Łodzi obowiązany jest do zasłonięcia ust i nosa, a następnie zdezynfekowania dłoni.
- Każdy uczestnik jest zobowiązany do przynoszenia własnej maseczki lub przyłbicy.
- Uczestnicy przebywający na terenie siedziby OIPiP w Łodzi, w szczególności w czasie przerw w zajęciach, powinni w miarę możliwości zachować odpowiedni dystans oraz przebywać w gronie swojej grupy.
- Każdy uczestnik jest zobowiązany do przynoszenia własnych przyborów piśmienniczych.
- Przy wejściu do budynku odbywa się kontrola temperatury ciała oraz dezynfekcja rąk, środki dezynfekcyjne do rąk będą także dostępne w salach wykładowych.

Ponadto w celu zapewnienia jak największej ochrony zostaną wprowadzone z góry ustalone: różne godziny rozpoczęcia i zakończenia zajęć, różne godziny przerw dla poszczególnych kursów oraz obostrzenia co do ilości osób w salach dydaktycznych i pomieszczeniach wspólnych.

Jednocześnie informujemy, że prace legislacyjne nad wprowadzeniem zmian w przepisach prawa, które umożliwią wprowadzenie metod i technik kształcenia na odległość zostały zakończone, a ustawa podpisana przez Prezydenta RP. Na chwilę obecną jesteśmy w trakcie ustalania spraw technicznych związanych z platformą do zajęć online. W zależności od rozwoju sytuacji epidemicznej w kraju, prawdopodobnie wprowadzimy kształcenie mieszane.

Dział Kształcenia prowadzi listy osób zainteresowanych na szkolenia i kursy – zgłoszenia indywidualne i grupowe prosimy dokonywać poprzez wysłanie wiadomości email na adres [szkolenia@oipp.lodz.pl](mailto:szkolenia@oipp.lodz.pl) lub [kursy@oipp.lodz.pl](mailto:kursy@oipp.lodz.pl) z uwzględnieniem danych, takich jak: rodzaj i dziedzina kształcenia, imię, nazwisko, telefon i adres mailowy osoby zainteresowanej.

O wznowieniu prowadzenia zajęć uczestnicy poszczególnych szkoleń i kursów zostaną poinformowani mailowo.

Ponadto zapraszamy do zapoznania się z informacjami udostępnionymi na stronie internetowej OIPiP w Łodzi – [www.oipp.lodz.pl](http://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.

W związku z zakończeniem postępowania przetargowego w Ministerstwie Zdrowia dotyczącego dofinansowania szkoleń specjalizacyjnych Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi informuje, iż **rozpoczyna nabór na szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie:**

- **Pielęgniarstwa pediatrycznego dla pielęgniarek**
- **Pielęgniarstwa psychiatrycznego dla pielęgniarek**

finansowanych z środków własnych budżetu OIPiP w Łodzi. Kształcenie w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych jest **bezpłatne**. Do specjalizacji przystąpić mogą pielęgniarską posiadające minimum 2 lata stażu pracy w zawodzie pielęgniarską w przeciągu ostatnich 5 lat (zaświadczenie).

Kursy niezbędne do specjalizacji:

- Pielęgniarstwo pediatryczne – RKO, EKG, Wywiad i badanie fizykalne
- Pielęgniarstwo psychiatryczne – RKO, Wywiad i badanie fizykalne

Dom Pomocy Społecznej  
 prowadzony przez Zgromadzenie Sióstr Albertynek  
 ul. Sobieskiego 49, 99-300 Kutno

Szanowna Pani  
 Agnieszka Kałużna  
 Przewodnicząca  
 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

W imieniu pielęgniarek Domu Pomocy Społecznej prowadzonego przez Zgromadzenie Sióstr Albertynek w Kutnie, pragnę podziękować za przesłane środki ochrony osobistej. Dziękujemy za wczucie się w naszą sytuację i zrozumienie potrzeb oraz adekwatną pomoc. Czujemy pielęgniarską solidarność wychodzącą poza schematy. Pielęgniarki z domów pomocy społecznej zwykle są pomijane w przydzielaniu jakichkolwiek przywilejów. Tym bardziej doceniamy przychylenie się do naszej prośby. Środki te posłużą nam do zapewnienia bezpieczeństwa nam oraz naszym pacjentom.

Kierownik  
 Działu Opiekuńczo-Terapeutycznego  
 mgr Grażyna Mościcka

Szanowni Państwo,

w związku docierającymi do Ministerstwa Zdrowia sygnałami odnośnie stosowania przez lekarzy i położne placówek opieki zdrowotnej nieaktualnego wzoru zaświadczenia, uprawniającego do dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką, zwracam się z uprzejmą prośbą o upowszechnienie wśród osób uprawnionych do wydawania powyższego zaświadczenia, jego nowego wzoru, obowiązującego od dnia 30 listopada 2019 r.

Wydawanie zaświadczeń niezgodnych z obowiązującym wzorem skutkuje odmową ich przyjęcia przez organ właściwy prowadzący postępowanie o jednorazową zapomogę z tytułu urodzenia się dziecka (tzw. becikowe) i konieczność ponownego występowania przez wnioskujących o zaświadczenie w placówce opieki zdrowotnej.

Nowy wzór zaświadczenia został określony na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 października 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie formy opieki medycznej nad kobietą w ciąży, uprawniającej do dodatku z tytułu urodzenia dziecka oraz wzoru zaświadczenia potwierdzającego pozostawanie pod tą opieką (Dz.U. z 2019 r., poz. 2229). Zastąpiono w nim wymóg stosowania pieczęci zakładu opieki zdrowotnej albo praktyki lekarskiej, albo praktyki położnej wprowadzeniem rozwiązania alternatywnego polegającego na możliwości stosowania nazwy (firmy) tego podmiotu albo praktyki. Jednocześnie zastąpiono wyrazy „zakład opieki zdrowotnej” określeniem „podmiot leczniczy” dostosowując terminologię do przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Ponadto, należy mieć na uwadze, że zaświadczenia potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od 10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka wydane przed dniem wejścia w życie rozporządzenia (tj. wydane do dnia 29 listopada 2019 r.) zachowują ważność przez okres, na jaki zostały wydane.

Z poważaniem  
 z upoważnienia Ministra Zdrowia  
 Waldemar Kraska  
 Sekretarz Stanu

WZÓR

....., dnia.....r.  
 (pieczęćka podmiotu leczniczego/praktyki  
 lekarskiej/praktyki położnej albo nazwa  
 (firma) tego podmiotu/praktyki)

**ZAŚWIADCZENIE**  
**lekarskie/wystawione przez położną<sup>1)</sup>**  
**potwierdzające pozostawanie kobiety pod opieką medyczną nie później niż od**  
**10. tygodnia ciąży do porodu, uprawniającą do dodatku z tytułu urodzenia dziecka<sup>2)</sup>**

Pani.....  
 (imię i nazwisko)

numer PESEL lub nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość<sup>3)</sup>

zamieszkała: .....  
 (adres zamieszkania)

pozostawała pod opieką medyczną od.....tygodnia ciąży do porodu.

Terminy udzielenia świadczeń zdrowotnych<sup>4)</sup>:

- 1) pierwszy trymestr ciąży –.....
- 2) drugi trymestr ciąży –.....
- 3) trzeci trymestr ciąży –.....

.....  
 (podpis, imię i nazwisko, tytuł zawodowy  
 oraz numer prawa wykonywania zawodu  
 lekarza / położnej)<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Niepotrzebne skreślić. Imię i nazwisko, tytuł zawodowy oraz numer prawa wykonywania zawodu mogą być naniesione także w formie pieczęćki, nadruku lub naklejki.  
<sup>2)</sup> Niniejsze zaświadczenie zgodnie z art. 15 b ust. 6 ustawy z dnia 28 listopada 2003 r. o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.) stanowi także podstawę uzyskania jednorazowej zapomogi z tytułu urodzenia się żywego dziecka.  
<sup>3)</sup> W przypadku kobiety nieposiadającej numeru PESEL.  
<sup>4)</sup> Należy wpisać termin udzielonego jednego świadczenia zdrowotnego w każdym trymestrze ciąży.



## „Dyżur pod telefonem” pielęgniarki i położnej

Institucja tzw. „dyżuru pod telefonem” da pracowników medycznych podmiotów leczniczych została uregulowana w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (dalej: Ust odzl). Przepis art. 98 Ust odzl określa zasady pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przez pracownika medycznego:

Art. 98. 1. Pracownicy, o których mowa w art. 95 ust. 1, mogą zostać zobowiązani do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych.

2. Za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50 proc. stawki godz. wynagrodzenia zasadniczego.

3. Godzinową stawkę wynagrodzenia zasadniczego oblicza się, dzieląc kwotę miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego wynikającą z osobistego zaszerogowania pracownika przez liczbę godzin pracy przypadających do przepracowania w danym miesiącu.

4. W przypadku wezwania do podmiotu leczniczego zastosowanie mają przepisy dotyczące dyżuru medycznego.

Mając na uwadze powyższy przepis, należy w pierwszej kolejności wskazać, że do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych, czyli tzw. „dyżuru pod telefonem” mogą zostać zobowiązani wyłącznie pracownicy, o których mowa w art. 95 ust. 1 – czyli pracownicy, którzy mogą być zobowiązani do pełnienia dyżuru medycznego. Zgodnie z art. 95 ust 1 są to pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

Przypomnijmy dla porządku, że w przypadku pielęgniarek i położnych wyższe wykształcenie posiadają osoby z tytułem magistra lub licencjata.

W tym miejscu zaznaczyć należy, że w czasie epidemii albo stanu zagrożenia epidemicznego, będzie miał zastosowanie przepis art. 47a Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi – wprowadzony art. 8 pkt 21), Ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Od dnia 1 kwietnia 2020 r. obowiązuje przepis, zgodnie z którym:

W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, przepisy art. 95–99 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r. poz. 295) stosuje się do pracowników wykonujących zawód medyczny w rozu-

mieniu art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1471 i 1565) zatrudnionych w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń przez całą dobę.

A zatem obecnie – z uwagi na stan epidemii – dyżur medyczny mogą pełnić wszystkie pielęgniarki i położne – również te, które nie posiadają wykształcenia wyższego. W konsekwencji również do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych mogą być zobowiązane wszystkie pielęgniarki i położne – bez względu na wykształcenie.

2. W dalszej kolejności podkreślenia wymaga, że tzw. „dyżur pod telefonem” pielęgniarki i położnej może zostać udzielony wyłącznie za wynagrodzeniem wynikającym z Ust. odzl. – zasady wynagradzania określają szczegółowo art. 98 ust. 2 i 3 tej ustawy. Są to przepisy szczególne w odniesieniu do zasad ogólnych wynikających z kodeksu pracy. W takiej sytuacji pracodawca nie może skorzystać z zasad wynagradzania pracownika pełniącego dyżur określonych w art. 1515 ust 3 kp, gdzie wyłączono wynagrodzenie za dyżur pełniony w domu. Pracownik medyczny, który został zobowiązany do pozostawania w gotowości do wykonywania świadczeń zdrowotnych, otrzyma wynagrodzenie wynikające z art. 98 ust 2 i 3 Ust odzl. również wtedy, gdy pozostawał w tym czasie w domu (nie stosujemy to przepisów kp., a wyłącznie przepisu Ust odzl).

3. Dla porządku należy wskazać, że:

W przypadku wezwania pielęgniarki/położnej przebywającej na „dyżurze pod telefonem” do podmiotu leczniczego – pielęgniarka/położna rozpoczyna świadczenie pracy i stosuje się do niej przepisy dotyczące dyżuru medycznego, w tym dotyczące wynagrodzenia.

Ponadto, z uwagi na brak analogicznej regulacji w Ust odzl, do dyżuru pod telefonem pracownika medycznego znajdzie zastosowanie przepis art. 1515 ust 2 zd. drugie kodeksu pracy, zgodnie z którym: Czas pełnienia dyżuru nie może naruszać prawa pracownika do odpoczynku, o którym mowa w art. 132 i 133.

Podstawa prawna:

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz.U. 2020.295 t.j. z dnia 2020.02.25 ze zm.)

Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. 2020.1320 t.j. z dnia 2020.07.30)

Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2019.1239 t.j. z dnia 2019.07.04 ze zm.)

Ustawa z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz.U. 2020.567 z dnia 2020.03.31 ze zm.)

Stan prawny na dzień 1 października 2020 r.

adw. Maciej Jabłoński – OIPiP w Łodzi

## Opinia w sprawie uznania choroby zakaźnej wywołanej u pielęgniarki lub położnej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zakaźną

Warszawa, 21 kwietnia 2020 r.

Pani  
Zofia Małas  
Prezes

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na stanowisko nr 34 Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 1 kwietnia 2020 r. w sprawie **uznania choroby zakaźnej wywołanej u pielęgniarki lub położnej wirusem SARS-CoV-2 za chorobę zakaźną** uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Zgodnie z art. 2351 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. z 2019 r. poz. 1040, z późn. zm.), za chorobę zawodową uznaje się chorobę, wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku z sposobem wykonywania pracy. Wykaz chorób zawodowych wraz z okresem, w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym określa załącznik do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz.U. z 2013 r. poz. 1367). W pkt 26 tego wykazu jako chorobę zawodową wpisano – choroby zakaźne lub pasożytnicze albo ich następstwa.

W świetle art. 2 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, choroba zakaźna to choroba, która została wywołana przez biologiczny czynnik chorobotwórczy.

Natomiast, zgodnie z art. 3 ust. 1 ustawy, załącznik do ustawy określa wykaz zakażeń i chorób zakaźnych do których mają zastosowanie przepisy ustawy. Ponadto przepis art. 3 ust. 2 ustawy upoważnia ministra właściwego do spraw zdrowia do ogłoszenia, w drodze rozporządzenia, innych zakażeń lub choroby zakaźnej niż wymienione w ww. załączniku do ustawy, w przypadku zaistnienia określonych okoliczności. Do zakażeń lub chorób zakaźnych ogłoszonych w drodze rozporządzenia, o którym mowa wyżej, stosuje się przepisy ustawy. Na podstawie art. 3 ust. 2 ustawy zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 lutego 2020 r. w sprawie w sprawie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 (Dz.U. poz. 325), w świetle którego, zakażenie koronawirusem SARS-CoV-2 zostało objęte przepisami o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

A zatem zarówno wykaz zakażeń i chorób zakaźnych stanowiący załącznik do ustawy jak i objęcie przepisami ustawy innego zakażenia czy choroby zakaźnej w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia nie stanowi zamkniętego katalogu tych zakażeń czy chorób zakaźnych w celu orzekania o chorobie zawodowej, o której mowa w art. 2351 Kodeksu pracy. Odniesienie w załączniku do rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych w sposób ogólny do chorób zakaźnych wskazuje na ich rozumienie zgodnie z definicją zawartą w ww. art. 2 pkt 3 ustawy, przy uwzględnieniu narażenia zawodowego.

W świetle powyższego brak jest uzasadnienia na wprowadzenie proponowanej zmiany w przepisach prawa powszechnie obowiązującego, gdyż zgodnie z obowiązującymi przepisami Covid-19 jest chorobą zakaźną. Stwierdzenie choroby zawodowej w przypadku Covid-19 będzie odbywało się na takich samych zasadach jak w przypadku innych chorób zakaźnych.

Z poważaniem  
z upoważnienia  
Ministra Zdrowia  
Józefa Szczurek-Żelazko  
Sekretarz Stanu

## NOWY PRZEPIS – NOWE WĄTPLIWOŚCI

### Kwalifikacje położnej i świadczenia zdrowotne, jakie może udzielać położna – samodzielnie bądź realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji

Z dniem 1 września 2020 r., mocą Ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, dokonano zmiany ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej wprowadzając przepis art. 5 ust 1a. Nowy przepis został wprowadzony w celu poszerzenia kompetencji położnej. Niestety – treść nowej normy budzi wiele pytań i wątpliwości. Do OIPiP w Łodzi kierowane są przez położne liczne pytania, dotyczące znaczenia art. 5 ust 1a Ustawy o zawodach w kontekście kwalifikacji położnej i świadczeń zdrowotnych, jakie może udzielać położna – samodzielnie bądź realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji. Szczegółowa interpretacja nowego przepisu nie pozwala na jednoznaczne wnioski w tym zakresie. Zgodnie art. 5 ust 1a:

Art. 5 1a. W przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wykonywanie zawodu położnej może polegać również na udzielaniu pacjentom świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1) rozpoznawania warunków i potrzeb zdrowotnych,
- 2) rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych,
- 3) planowania i sprawowania opieki pielęgnacyjnej,
- 4) samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- 6) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia – zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi.

Dla lepszego przedstawienia wątpliwości interpretacyjnych zasadnym jest przytoczenie doczasowego przepisu art. 5 ust 1, który nadal obowiązuje:

Art. 5 1. Wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu ciąży, sprawowaniu opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzeniu w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- 2) kierowaniu na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- 3) prowadzeniu porodu fizjologicznego oraz monitorowaniu płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- 4) przyjmowaniu porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- 5) podejmowaniu koniecznych działań w sytuacjach nagłych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;

6) sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowaniu przebiegu okresu poporodowego;

7) badaniu noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowaniu w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;

8) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

9) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych;

10) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;

11) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;

12) sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;

13) prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:

- a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
- b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia.

Porównując zapisy – dotychczasowy oraz nowy, dodany obok dotychczasowego, co do:

- realizacji przez położną zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
  - samodzielnego udzielania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych
- widzimy, że do dnia 31 lipca 2020 r., na podstawie art. 5 ust 1 położna była uprawniona wykonywania świadczeń zdrowotnych, w szczególności do:
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
  - samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Od dnia 1 września 2020 r. położna – zgodnie z nowym zapisem art. 5 ust 1a – jest uprawniona do wykonywania wobec pacjenta świadczeń zdrowotnych, w szczególności do:

- samodzielnego udzielania w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych,
  - realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- z tym zastrzeżeniem, że zlecenia ma wykonywać zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami i umiejętnościami zawodowymi.

Analiza powyższych przepisów prawa powoduje, że trudno stwierdzić, w jaki sposób i w jakim zakresie zmieniły się kompe-

tencje położnej od dnia 1 września 2020 r. (w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii).

Uwagi wymaga, że świadczenia zdrowotne udzielane są zawsze „pacjentowi”. Na podstawie art. 5 ust 1 położna wykonuje świadczenia zdrowotne – w tym samodzielnie udziela w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz wykonuje zlecenia lekarskie również wobec „pacjenta”. A zatem sformułowanie „pacjentom” użyte w pierwszym zdaniu art. 5 ust 1a nie wprowadza żadnego nowego metrycznego znaczenia przepisu. W szczególności trudno wnioskować z użycia słowa „pacjentom”, że przepis zmienia zakres kompetencji położnej i wprowadza możliwość wykonywania świadczeń zdrowotnych – samodzielnie lub na podstawie zlecenia lekarskiego – wobec mężczyzny.

Ponadto, na podstawie dotychczasowej normy powszechnie i słusznie przyjmuje się, że kwalifikacje położnej obejmują wykonywanie świadczeń zdrowotnych wobec kobiet i noworodków. Położna nie posiada kwalifikacji do wykonywania świadczeń zdrowotnych wobec mężczyzn. Przyjmuje się tak pomimo tego, że sam przepis art. 5 ust 1 nie zawiera jakichkolwiek ograniczeń w tym zakresie (nie odwołuje się do pacjentów – kobiet i noworodków). Jest to o tyle istotne, że w części końcowej nowego przepisu zastrzeżono że wymienione czynności – w tym samodzielne wykonywanie świadczeń zdrowotnych oraz wykonywanie zleceń lekarskich – powinno następować w granicach kwalifikacji i umiejętności położnej. Przyjmując zatem, że kwalifikacje położnej ograniczają się do udzielania świadczeń zdrowotnych wobec kobiet i noworodków, a żaden z nowych przepisów kwalifikacji tych nie rozszerzył – należałoby przyjąć, że nowa norma również uprawnia położne do samodzielnego wykonywania świadczeń zdrowotnych i zleceń lekarskich – ale – zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami – wobec kobiet i noworodków.

Przy przeciwnym przyjęciu należałoby wskazać, gdzie, kiedy, w jaki sposób i na jakiej podstawie prawnej położna nabywa „kwalifikacje” do wykonywania czynności wobec innych osób (pacjentów) niż kobiety i noworodki.

Na marginesie wskazać należy, że „kwalifikacji” nie należy utożsamiać z „umiejętnościami” – z resztą sam ustawodawca, wymieniając je jako odrębne elementy dostrzega ich różnicę. Położna może posiadać zatem umiejętności wykonania danego świadczenia wobec mężczyzny (np. wykonania iniekcji) co nie oznacza, że posiada do tego kwalifikacje.

Jeżeli na podstawie dotychczasowych przepisów położna nie miała kwalifikacji do podejmowania czynności wobec mężczyzn trudno wywieść, w jaki sposób może je nabyć do wykonywania takich czynności – z całą pewnością rozszerzenie kwalifikacji nie wynika natomiast z art. 5 ust 1a ustawy o zawodach.

W świetle powyższych rozważań trudno udzielić jednoznacznej odpowiedzi na liczne pytania przedstawiane przez położne zainteresowane skorzystaniem z nowego przepisu, które jednak obawiają się przekroczenia swoich kwalifikacji zawodowych.

Wątpliwości w tym zakresie w żaden sposób nie wyjaśni uzasadnienie Ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie nie-

których ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, w którym wskazano, że celem projektu ustawy jest także dokonanie zmian w art. 5 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, polegających na czasowym – w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii – umożliwieniu położnym udzielania świadczeń zdrowotnych wobec wszystkich pacjentów (niezależnie od płci i wieku) wraz z dookreśleniem zakresu tych świadczeń. Uzasadnienie w tej części należy uznać za bardzo lakoniczne i nie dające pewności do stosowania prawa. Dla porządku wskazać należy, że uzasadnienie ustawy nie stanowi prawa powszechnie obowiązującego i zacytowany zapis nie może być podstawą rozszerzenia kwalifikacji położnej – nawet, jeżeli było to zamiarem ustawodawcy.

Wątpliwości nie wyjaśnia również stanowisko przedstawione w tym przedmiocie przez Ministerstwo Zdrowia (pismo Sekretarza Stanu Józefy Szczurek Żelazko z dnia 9 października 2020 r.). Twierdzenia zawarte w piśmie budzą liczne wątpliwości. Przykładowo w piśmie wskazuje się, że „położne w procesie kształcenia zawodowego nabywają kwalifikacje i umiejętności zawodowe do wykonywania określonych czynności medycznych o charakterze uniwersalnym (np. wykonywanie iniekcji, podłączenie kroplówki, podawanie tlenu czy opieka pielęgnacyjnoopiekuńcza), które mogą być wykorzystywane przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 5 ust 1a”. Otóż wskazać należy, że o ile położna może nabyć umiejętności do wykonywania określonych świadczeń zdrowotnych wobec mężczyzn (np. wykonanie iniekcji), nie oznacza to, że nabywa jednocześnie kwalifikacje do wykonania tej czynności wobec mężczyzn. Jeżeli bowiem przyjmiemy, że w toku kształcenia położna nabywa umiejętności i kwalifikacje do wykonywania iniekcji wszystkim pacjentom (również mężczyznom) – trudno byłoby wytłumaczyć, dlaczego położna nie może wykonywać tych czynności w oparciu o dotychczasowe przepisy. Jest to zatem twierdzenie błędne. Nie można również przyjąć wniosku przedstawionego w omawianym piśmie, że „należy jednoznacznie wskazać, że decyzję w sprawie zatrudnienia położnej do realizacji świadczeń zdrowotnych na podstawie art. 5 ust 1a ww. ustawy, podejmuje kierownik podmiotu leczniczego, mając na uwadze konieczność zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom [...]”. W twierdzeniu tym zupełnie pominięto kwestię podstawową, a mianowicie okoliczność, że kierownik podmiotu leczniczego nie może decydować o zakresie kwalifikacji położnej oraz o tym, do wykonywania jakich świadczeń położna będzie uprawniona. To położna musi znać zakres swoich kwalifikacji i wykonywać zawód w określonych ustawowo granicach. Przepisy określające ramy zawodu muszą być zatem jasne i zrozumiałe – przede wszystkim dla położnych.

OIPiP w Łodzi przedstawiła zapytanie w tym przedmiocie do Ministra Zdrowia. Miejmy nadzieję, że przedstawiona odpowiedź pozwoli na wyjaśnienie przedstawionych powyżej wątpliwości.

adw. Maciej Jabłoński – OIPiP w Łodzi





# Głusi – osoby z problemami z słuchem

MAŁGORZATA MISTRZAK

Osoby z problemami słuchowymi to bardzo duża grupa społeczna. Na całym świecie notuje się około pół miliarda tego typu ludzi. W Polsce sytuacja procentowa wygląda podobnie jak w innych krajach. Aktualnie mamy około 60 000–100 000 ludzi całkowicie głuchych i nie posługujących się mową tylko językiem migowym. Jest prawdopodobnie 1 000 000 osób mających poważniejsze problemy ze słuchem z koniecznością używania aparatów słuchowych. W Polsce osób mających jakikolwiek problem ze słuchem jest około 2 000 000–3 000 000. Są to liczby przybliżone, ponieważ nie można dokładnie oszacować zjawiska.

Przyjmuje się, że co piąty noworodek rodzi się z jakąś dysfunkcją słuchu. Wśród dzieci kilkuletnich i młodzieży szkolnej podobne problemy dotyczą co szóstego ucznia. Na podstawie badań epidemiologicznych przeprowadzonych przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w latach 1999–2002 co trzeci Polak zgłasza problemy ze słuchem, które odczuwa w codziennym funkcjonowaniu.

Zdaniem specjalistów świat głuchnie w zastraszającym tempie. Niedosłuch staje się w Polsce chorobą społeczną. Za kilka lat aparaty słuchowe będą tak powszechne jak dziś okulary – twierdzi dr hab. n. med. Jarosław Markowski, kierownik Katedry i Kliniki Laryngologii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego. Głuchota jest więc chorobą społeczną.

Osoby mające problem z słuchem możemy podzielić na dwie grupy – niesłyszących i niedosłyszących. Różni ich dostęp

Ostatni tydzień września to wielkie święto Języków Migowych. Przyjmuje się, że co piąty dzieci kilkuletnich i młodzieży szkolnej podobne badań epidemiologicznych przeprowadzonych 1999–2002 co trzeci Polak zgłasza problemy ze

do mowy ludzkiej. Niesłyszący to grupa znacznie mniejsza. Należy zaznaczyć również, że nie jest tak, jak uważa wielu ludzi, że niesłyszący nie słyszą nic. Słyszą różne częstotliwości i wysokie wartości decybeli. Mogą słyszeć np. pracującego młotem pneumatycznym robotnika, przejazd tirów na ulicy, przelot helikoptera czy samolotu. Nie są w stanie jednak odebrać częstotliwości mowy ludzkiej. Dlatego nie słyszą co się do nich mówi i nie mogą mówić sami, gdyż nie kontrolują co wypowiadają. Niesłyszący mają prawidłowo ukształtowaną krtani, ale dźwięki wydobywające się to tylko bełkot, gdyż nie ma prawidłowej artykulacji. Aparat słuchowy im nie pomaga, ponieważ nie działa na tak wysokich decybelach. Jedynym ratunkiem dla tak poważnej głuchoty jest implant ślimakowy lub pniowy, ale należy zaznaczyć, że zdarzają się przypadki, gdy nawet tego nie można zastosować. Osoby niesłyszące porozumiewają się głównie językiem migowym, mogą też pisać, często potrafią odczytywać mowę z ust. Jednakże nie uważamy, że zrozumieją nas w pełni, gdy będziemy mówić szybko i używać wyszukanego słownictwa. Należy mówić do nich wolno, bardzo prostymi zdaniami lub pojedynczymi słowami.

Niedosłyszący (słabosłyszący) to grupa około miliona osób. Mają mniejsze uszkodzenie i są w stanie w protezie słuchowej usłyszeć mowę ludzką. Są też w stanie wtedy mówić. Noszą oni aparaty słuchowe różnych typów, czasem mogą mieć implanty. Dzięki nim mogą w miarę sprawnie funkcjonować

Głuchych: Międzynarodowy Dzień Głuchego i Tydzień noworodek rodzi się z jakąś dysfunkcją słuchu. Wśród problemy dotyczą co szóstego ucznia. Na podstawie przez Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w latach słuchem, które odczuwa w codziennym funkcjonowaniu.

wśród ludzi. Posługują się mowa ludzką, choć często mimo wielu wizyt u logopedy nie jest ona całkiem prawidłowa. Może być zatarta – bełkotliwa lub nosowa, gdy powietrze wydychane jest nosem. Mówiąc do nich zawsze należy stać przodem, wymawiać dokładnie, mówiąc wolniej. Nie można zasłaniać ust ani twarzy.

Nie jest prawdą przekonanie, że osoba niedosłysząca po założeniu aparatu bądź zaimplantowaniu zaczyna normalnie słyszeć. To zależy od dopasowania danej protezy do osoby, odpowiedniej rehabilitacji i treningu słuchowego. Innym rodzajem urządzenia wspomagającym słyszenie jest pętla indukcyjna instalowana w miejscach publicznych, np. teatrach, bankach, urzędach, w aulach na uczelniach. Pętla eliminuje zakłócenia i szумы zewnętrzne pozwalając na odbiór czystego, wyraźnego dźwięku przez aparat słuchowy. Pętla nie wszystkim pomaga, zwłaszcza gdy ubytek słuchu jest duży. Jest jednak powszechnie akceptowana.

Aparaty to małe, elektroniczne protezy pomagające przy niedosłuchu. Są umieszczane za uchem lub w uchu zewnętrznym. Noszą głównie dzieci i część seniorów. Szacuje się, że w Polsce 80 proc. osób niedosłyszących nie używa aparatów słuchowych. Jedni źle się z nimi czują, innych na nie stać. Niektórzy seniorzy oraz młodzi niechętnie odnoszą się do aparatów. Młodzi uważają, że ich szpeci, starsi mówią: „całe życie nie nosiłem, to na starość też nie”. Historia aparatów sięga XIX w. Pierwsze prawidłowe aparaty słuchowe pojawiły się w początkach XX w. Najpierw były wielkości stołu, następnie walizkowe, a wreszcie kieszonkowe. Obecne są niewielkie (2–3 cm), pudełkowe – zaczepowe za uchem lub małe – wpuszczane w kanał słuchowy. Wzmocnienie dopasowuje się do osoby (30–60 Db). Konieczne jest wczesne wprowadzanie aparatów – około 1 r. ż. Aparatownie kompensuje ubytek słuchu – jest protezą pomocną w rozwoju mowy. Jednakże przy zaburzeniu znacznym i głębokim nie daje pełnej podstawy do rozwoju mowy. Aparat kosztuje około 1000 zł na jedno ucho, a specjalistyczny nawet 4000 zł. NFZ refunduje częściowo.

Problem stanowią również implanty. Jest to elektroniczna proteza montowana w ślimaku. Musi być operacyjnie wszczepiony. Aktualnie implanty mają nawet wiele elektrod (niegdyś zaledwie 8). Wszczepu dokonuje się obecnie nawet u półrocznych dzieci. Poziomów dźwięku jest kilka. Przystosowanie to do około 2 lat. Pacjent normalnie słyszy i jest

w stanie nauczyć się mowy. Mimo całkowitej refundacji (są zupełnie bezpłatne, choć ich koszt to około 40 000 zł) wielu głuchych nie chce się poddawać operacji. Jest to spowodowane częściowo małą wiedzą na temat korzyści, częściowo obawą przed utratą resztek słuchowych (resztki muszą być w trakcie zabiegu usunięte – implant jest urządzeniem na całe życie). Głusi ponadto argumentują za dużym szokiem dla organizmu i faktem, że im implant w codziennym życiu nie jest potrzebny, bo świetnie dogadują się między sobą w języku migowym. Nie starajmy się na siłę namawiać ich do implantacji, jeżeli to wykonuje to cały team terapeutyczny i rozmawia z całą rodziną. Jest to decyzja życiowa, porównywalna z endoprotezą czy stomią. W tych przypadkach zabieg najczęściej jest konieczny, natomiast implant nie ratuje życia, ale przekracza barierę komunikacyjną.

Ważną dziedziną medycyny jest laryngologia. Dzieli się ona na: audiologię, słuch, foniatrię (mowa) oraz rynologię (problemy związane z nosem). Subdyscypliny ściśle ze sobą współpracują. W zakresie audiologii wykonuje się operacje implantacji. Dziś zarówno procedury operacyjne, jak i same urządzenia są bardzo dokładnie dopracowane. Wszystkie zabiegi kończą się sukcesem. Wiele ośrodków w Polsce prowadzi terapię i implantację pacjentów. Jednakże najbardziej znanym jest Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Kajetanach pod Warszawą. Jest to ośrodek klasy światowej. Wielu polskich i zagranicznych pacjentów i lekarzy przybywa każdego roku leczyć się i zdobywać wiedzę laryngologiczną. Odbывают się tam intensywne wiedeokonferencje, wideooperacje, szkolenia, kursy i światowej sławy zabiegi transmitowane na cały świat. „Głową i sercem” tego ośrodka jest prof. Henryk Skarżyński – Religa polskiej laryngologii. Z jego inicjatywy i starań powstał instytut, który dziś promieniuje wiedzą, kompetencją, zabiegami, programami daleko poza granice Polski. Instytut powołał do życia m.in. przesiewowe badania słuchu dla polskich dzieci w wieku szkolnym, także na terenach wiejskich.

Klasyfikacja uszkodzenia słuchu to pomiar poziomu, na jakim jest osoba, mająca problem słuchowy. Ubytek słuchu sprawdzamy w decybelach. Badamy każde ucho osobno. Każde ucho sprawdza się na przewodzenie dźwięku powietrzne i kostne. Sprawdzamy słuch na różnych częstotliwościach. Badanie jest bardzo popularne, nazywa się audiometrią, a aparat to audiometr. Badanie wykonuje audiolog.

- ubytek słuchu do 20 Db – norma
- lekkie – ubytek słuchu 20–40 Db
- umiarkowane – ubytek słuchu 40–70 Db
- znaczne – ubytek słuchu 70–90 Db
- głębokie – ubytek słuchu powyżej 90 Db
- całkowita głuchota – powyżej 120 Db

Lekki i umiarkowany ubytek jest niedosłyszeniem, znaczny, głęboki poziom i całkowita głuchota to niesłyszenie. Co jednak zrobić, gdy nie mamy blisko odpowiedniej poradni lub gdy osoba nie jest z nami w przytomnym kontakcie (np. malutkie dziecko lub senior z demencją)? Najprostszym badaniem jest sprawdzenie, czy osoba słyszy. Tak aby nie widziała to





**Polski Związek Głuchych jest organizacją pozarządową, realizującą zadania statutowe na rzecz osób głuchych, słabosłyszących oraz ich otoczenia. Jest najstarszą organizacją prowadzącą rehabilitację, opiekę, pomoc społeczną i animację życia kulturalnego dla osób niesłyszących. W PZG pracują surdopedagodzy, surdopsycholodzy, tłumacze języka migowego, doradcy zawodowi, logopedzi. Pomagają Głuchym w sprawach związanych z edukacją, pracą, rozrywką.**

badana osoba, wywołujemy hałas – dzwonimy dzwonkiem, klaszczemy w ręce i sprawdzamy, czy osoba szuka źródła dźwięku oczami. Możemy również przytomnemu pacjentowi z odległości około 3 metrów zaszeptać jakieś słowa. Nie rozumienie tego komunikatu, przy całkowitej świadomości, oznacza problem, który musi zobaczyć lekarz.

Do tej grupy ludzi odnosi się specjalna terminologia. Od 1993 roku używa się terminów niesłyszący, niedosłyszący/słabosłyszący, lub osoba z uszkodzonym słuchem. BIAP – Międzynarodowe Biuro Audifonologii zaleca stosowanie określeń – „osoba z uszkodzonym słuchem”, „osoba niedosłysząca” gdyż inne określenia mają wydźwięk perioratywny, np. głuchy w znaczeniu „nie słyszy”. Nie używa się terminu –głuchoniemy – jest dla Głuchych obraźliwy, wyszedł z użycia. Dla Głuchych oznacza osobę, która nie ma języka. A oni przecież mają język migowy i się nim szczycą. Można mówić Głusi (z dużego G) jako nacji – rodziny, społeczności Głuchych na całym świecie. Tym Głusi są dumni z należenia do międzynarodowej Kultury Głuchych. Każdy Głuchy powie chwalić się – „Ja Głuchy!”

Słowo „G/głuchy” posiada dwa znaczenia: „Głuchy” pisane dużą literą odnosi się do członkostwa w Kulturze Głuchych, jej norm, wartości, przekonań, które różnią się od kultury słyszących. Duża litera G służy zdeklarowaniu, że stan głuchoty jest raczej przynależnością kulturową aniżeli tylko stanem zdrowia. My powinniśmy pisać i wymawiać zawsze Głuchy, nawet z lekkim skinieniem na znak szacunku. Na przykład zdania:

- „Jestem głuchy” oznacza postrzeganie siebie jako osoby, która utraciła słuch. Tego nie stosujemy.
- „Jestem Głuchy” oznacza członkostwo w Kulturze Głuchych.

Termin w zakresie medycznym – „głuchy” pisane małą literą odnosi się do osoby, która charakteryzuje się głęboką (powyżej 90 dB) utratą słuchu. Jej możliwości percepcyjne drogą słuchową są tak ograniczone, że nie jest w stanie w sposób naturalny opanować języka mówionego czy też naturalnie jej używać w codziennej komunikacji.

Głusi są zgraną grupą. Intelktualnie nie odbiegają od reszty populacji. Problemy, jakie z nimi mamy, a oni z nami, wynikają z bariery komunikacyjnej. Głuchy nie znaczy gorszy. Było i jest wielu Głuchych bardzo zasłużonych dla społeczności. Wszyscy znamy np. Beethowena, który wiele swych dzieł skomponował już jako osoba głucha. Wielu Głuchych walczyło w czasie II Wojny Światowej. Bardzo wiele jest jeszcze do zrobienia, aby zintegrować Słyszących z Głuchymi. Jednakże pełna tolerancja obu stron jest zawsze najlepszą drogą.

Społeczność Głuchych dysponuje swym dorobkiem kulturowym. Głusi, ich przyjaciół i ich życie społeczno-kulturalne nazywamy Kulturą Głuchych. Głusi stanowią dość zamkniętą grupę. Spotykają się w stowarzyszeniach i w PZG – Polskim Związku Głuchych. Należy mieć rozeznanie pewnych aspektów ich kultury, takich jak: język migowy; postawy wobec głuchoty, jakie przejawiają Głusi; sieci organizacyjne, jakie funkcjonują w społeczności Głuchych; ich wartości, obyczaje, twórczość literacka, dramaturgiczna, plastyczna itp. Istnieje wiele organizacji Głuchych i dla Głuchych, które będą w stanie sprostać wszelkim oczekiwaniom:

- teatralne – np. Teatr 3 ze Szczecina, Teatr Pinezka z Gdańska czy Łódzka Scena Pantomimy
- sportowe – Polska Federacja Sportu Niesłyszących i kluby sportowe (adresy są na stronie <http://www.pfsn.pl/adres.html> i w rozdziale „Przydatne kontakty”)
- młodzieżowe – Polska Sekcja Młodzieży Głuchej (koła działają przy PZG),
- internetowe: – Niesłyszących i Słabosłyszących Internautów portal ([onsi.pl](http://onsi.pl))
- harcerskie – gromada zuchowa działa w ośrodku w Kaliszu, drużyna harcerska w ośrodku w Łodzi (ul. Krzywickiego).
- Polski Związek Głuchych

Polski Związek Głuchych jest organizacją pozarządową, realizującą zadania statutowe na rzecz osób głuchych, słabosłyszących oraz ich otoczenia. Ruch społeczny jako ruch

głuchoniemych został zapoczątkowany na ziemiach polskich w latach 1876–1918. Pierwsze stowarzyszenie o nazwie Galicyjskie Towarzystwo Głuchoniemych „Nadzieja” rozpoczęło swą działalność 7 lipca 1876 r. we Lwowie. W 1883 r. w Warszawie powstało Chrześcijańskie Towarzystwo Głuchoniemych „Opatrzność”, którego celem było organizowanie życia kulturalnego i towarzyskiego swych członków, opieka nad starszymi, chorymi, bezrobotnymi, a także udzielanie pomocy materialnej. Do momentu odzyskania niepodległości, tj. do 1918 r. na polskich ziemiach istniało 7 stowarzyszeń zrzeszających osoby z uszkodzeniem słuchu. W 1909 r. w Łodzi powstało Chrześcijańskie Stowarzyszenie Wzajemnej Pomocy Głuchoniemych „Wzajemność”. Kierowane było przez niesłyszącego aktywistę Władysława Kranasa, który był również współzałożycielem szkoły dla dzieci głuchych w Łodzi. Po wojnie, w 1946 r. wznowiło lub rozpoczęło swą działalność łącznie 8 organizacji, w tym stowarzyszenie w Łodzi. W grudniu 1946 r. z inicjatywy członków łódzkiego, przedwojennego stowarzyszenia powstał Polski Związek Głuchoniemych i ich Przyjaciół. Z czasem nazwa zmieniła się na Polski Związek Głuchych. PZG jest więc najstarszą organizacją prowadzącą rehabilitację, opiekę, pomoc społeczną i animację życia kulturalnego dla osób niesłyszących. W PZG pracują surdopedagodzy, surdopsycholodzy (surdo z łaciny oznacza głuchy, niesłyszący) tłumacze języka migowego, doradcy zawodowi, logopedzi. Pomagają Głuchym w sprawach związanych z edukacją, pracą, rozrywką. Oddziały PZG są w całej Polsce. Organizują życie kulturalne – filmy, spektakle, (z tłumaczami i napisami) imprezy. Wiele instytucji kultury i nauki otwiera się na Głuchych.

Nawet muzyka, dziedzina wydawałoby się niedostępna dla Głuchych, wychodzi im naprzeciw. Popularne staje się dołączanie do wykonawcy chóru, który miga słowa muzyki i tańczy do rytmu. W oddziałach PZG jest prowadzone wiele kursów dla Głuchych, w tym kursy tańca. Taniec odbywa się przy głośniejszej muzyce, na boso, tak aby czuć wibracje. Jest więc mitem, że Głusi nie lubią muzyki – uwielbiają ją, ale mają trudności w jej odbiorze.

Grupa niesłyszących intensywnie walczy o swoje prawa Głuchych. Np. w Skandynawii Głusi wywalczyli fakt, iż są Mniejszością Językową i mają swoich przedstawicieli w Parlamencie. To tak jak w Polsce prawa mniejszości narodowych. Na całym świecie prawa osób niepełnosprawnych reguluje Konwencja Praw Osób Niepełnosprawnych. Konwencja ONZ o Prawach Osób Niepełnosprawnych przyjęta została przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 13 grudnia 2006 roku, rząd polski podpisał ją 20 marca 2007 r., natomiast ratyfikacja Konwencji przez Polskę miała miejsce 6 września 2012 r. Celem Konwencji jest ochrona i zapewnienie pełnego i równego korzystania z praw człowieka i podstawowych wolności przez osoby z niepełnosprawnościami na równi ze wszystkimi innymi obywatelami. Polska zobowiązana jest do wprowadzenia w życie zawartych w Konwencji standardów postępowania w celu zapewnienia osobom z niepełnosprawnościami realizacji ich praw. Tekst Konwencji opublikowany

został w Dz. U. z dnia 25 października 2012 r., poz. 1169. Na podstawie Konwencji opracowano w Polsce Ustawę o Języku Migowym. Ustawa o Języku Migowym to akt prawny w Polsce mówiący, że Głuchy musi być obsłużony w instytucjach społecznych i medycznych w języku migowym. Wynika z tego obowiązek zatrudnienia choć jednej przeszkolonej osoby w placówce. Dlatego wszystkie kierunki medyczne w Polsce mają wprowadzony język migowy do programu. Dotyczy to zarówno szkół wyższych (kierunki pielęgniarstwo, położnictwo, ratownictwo medyczne, lekarski, stomatologia, techniki dentystyczne, dietetyka, zdrowie publiczne lub inne) jak i szkół ponadgimnazjalnych, gdzie kształcą się technicy zawodów medycznych (technik masażysta, radiolog, protetyk słuchu, opiekunka dziecięca, terapeuta zajęciowy, opiekun osoby starszej i niepełnosprawnej i inne). W wielu miejscach kursy języka migowego przechodzą specjaliści administracji, policja, służby miejskie i społeczne oraz pracownicy odnośnych fundacji, stowarzyszeń, organizacji opiekujących się niesłyszącymi.

Ustawa o Języku Migowym podaje jasno, że obsługa w języku migowym jest obowiązkiem każdego podmiotu np. leczniczego w Polsce. W innym przypadku placówka może zapłacić karę. Ustawa w art. 6 mówi o obowiązku przepisów dla następujących podmiotów:

Art. 6. Przepisy ustawy są realizowane przez:

- 1) organy administracji publicznej,
- 2) jednostki systemu,
- 3) podmioty lecznicze,
- 4) jednostki Policji, Państwowej Straży Pożarnej i straże gminne oraz jednostki ochotnicze działające w tych obszarach.

Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się.

Można wezwać tłumacza, oprzeć się na osobie, która w placówce zna podstawowy język migowy lub zakupić specjalny internetowy komunikator. Wiele instytucji, jak banki, urzędy, izby przyjęć w szpitalach, mają wiodotłumaczy – urządzenie komputerowe z łączem do tłumacza, przez które można porozmawiać i pomagać. Dziś w Łodzi wszystkie szpitale mają takie udogodnienia.

Ostatni tydzień września to wielkie święto Głuchych: Międzynarodowy Dzień Głuchego i Tydzień Języków Migowych. Z tej okazji składamy im serdeczne życzenia zdrowia, szczęścia i nieskrępowanego rozwoju w świecie, który będzie przestrzegał ich praw.

Naszym zadaniem w tym świecie jest wszechobecna tolerancja, uznanie i szacunek dla Głuchych. Bądźmy dla nich mili, rozumiejący, pomocni. Głuchy to taki sam człowiek jak każdy. Głusi to ludzie, którzy mogą wszystko, z wyjątkiem słyszenia.

Małgorzata Mistrzak  
pedagog, filozof,  
wykładowca i tłumacz języka migowego,  
wykładowca – Uniwersytet Medyczny w Łodzi



Przetoka tętniczo-żylna jest dostępem naczyniowym wykonanym z naczyń własnych pacjenta. W przebiegu Przewlekłej Choroby Nerek (pChN), gdy dotychczasowe leczenie zachowawcze nie zapewnia już utrzymania względnie dobrego efektu terapeutycznego pojawia się konieczność terapii nerkozastępczej – dializa lub przeszczep nerki. Wybór dializy pozaustrojowej związany jest z wytworzeniem dostępu naczyniowego. Przetoka tętniczo-żylna to zespolenie pomiędzy tętnicą i żyłą wykonane techniką mikrochirurgii. Połączenie powoduje wzrost ilości krwi napływającej z tętnicy do żyły. Z tego powodu cienkie ściany naczyń żylnych ulegają poszerzeniu. Efekt poszerzenia wzmacniany jest treningiem prowadzenia dializ jest optymalnym rozwiązaniem w populacji pacjentów planowanych do nerkowej terapii zastępczej. Warunkami które należy stworzyć aby zapewnić „dobry start” jest planowy zabieg chirurgicznego wytworzenia dostępu naczyniowego, wybór najlepszych naczyń krwionośnych oraz kompetentna opieka po wytworzeniu przetoki. Przetoka tętniczo-żylna powinna być wytworzona w IV stadium pChN. Pacjenci dodatkowo obciążeni cukrzycą, ciężką chorobą naczyń obwodowych czy szybkim postępem niewydolności nerek, powinni mieć utworzony dostęp relatywnie wcześniej. Przygotowanie do zabiegu poprzedza zebranie szczegółowego wywiadu w kierunku przebytych chorób oraz badanie fizykalne. W III i IV stadium pChN edukacja pacjenta w szczególny sposób powinna być ukierunkowana na zachowanie w jak najlepszej kondycji naczyń obwodowych. Zaleca się, aby pacjent unikał zbyt częstych kaniulacji żył powierzchownych przedramienia ręki nie-dominującej (pobrania krwi, zakładania dostępu naczyniowych, podawania wlewów dożylnych). Powinien wykonywać w miarę swoich możliwości ćwiczenia fizyczne, które wpłyną na wzmocnienie ścian naczyń obwodowych poprzez zwiększenie przepływu krwi i zmniejszenie obrzęków. Wytworzenie przetoki tętniczo-żylniej w okresie wyprzedzającym rozpoczęcie dializ, zmniejsza śmiertelność pacjentów w schyłkowym stadium pChN. Dokumentacja medyczna pacjenta powinna zawierać informacje dotyczące obrażeń kończyn górnych i pasa barkowego, interwencji chirurgicznych (mastektomia, implantacja rozrusznika serca, itp.) zapalenia żył, zakrzepicy żył, kaniulacji dużych naczyń (u prawie 40 proc. pacjentów rozwija się zwężenie naczyń po kaniulacji żyły podobojczykowej). Z uwagi na to, że przetoka tętniczo-żylna jest uważana za niezależny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych spowodowany obecnością krążenia hiperkinetycznego – należy ocenić stan serca. Starszy wiek, cukrzyca, rozległa miażdżycza i wtórna nadczynność przytarczyc predysponują do rozwoju patologii naczyniowych u pacjentów z pChN. W wywiadzie należy uwzględnić informacje dotyczące zaburzeń krzepnięcia krwi oraz stosowania terapii przeciwzakrzepowej. W szczegółowym badaniu fizykalnym zwraca się uwagę na blizny, miejscowe stany zapalne, obrzęki kończyn. Test Allena ocenia prawidłowe lub zaburzone unaczynienie tętnicze ręki. Ocenia się także powierzchowny układ żylny, wydolność odpływu żylnego, obecność zaburzeń drenażu żylnego. Ocenie podlega także grubość tkanki podskórnej. Zbyt gruba warstwa

## Zapoznajmy się z przetoką tętniczo-żylną

mgr KATARZYNA BABSKA

tkanki w przyszłości będzie uniemożliwiać właściwą ocenę i dostęp do naczynia. Przetokę tętniczo-żylną można utworzyć u większości kandydatów do dializy. U pacjentów w wieku powyżej 80 lat wzrasta ryzyko nieprawidłowego funkcjonowania dostępu, ze względu na współistniejące choroby, kruchość naczyń i preferencje chorego. Dostęp z naczyń własnych (natywny) charakteryzuje się wyższym poziomem przeżycia,

Ryc. 1. Moment nakłucia przetoki tętniczo-żylniej. Wprowadzenie igły dializacyjnej, której średnica waha się pomiędzy 1,5 mm–1,8 mm, wymaga wyczucia, precyzji i doświadczenia. Miejsce wprowadzenia igły wymaga dokładnej dezynfekcji.



niższym wskaźnikiem powikłań i zakrzepicy w stosunku do centralnego dostępu długoterminowego (cewnika centralnego do dializ). Preferowanym miejscem założenia przetoki jest okolica przedramienia. Wytworzenie i utrzymanie drożności w przetoce generuje znaczne problemy u 20 proc. pacjentów dializowanych. Trudności z dostępem naczyniowym obserwuje się głównie u pacjentów powyżej 65 roku życia, szczególnie u kobiet, u osób obciążonych cukrzycą, chorobami naczyń obwodowych, zaburzeniami krzepnięcia i zaburzeniami fibrynolitycznymi.

### Dojrzewanie przetoki

To okres od jej wytworzenia do czasu poszerzenia się i uzyskania odpowiednio wysokiego przepływu krwi w powierzchownych naczyniach żylnych (tzw. artelizacja naczyń żylnych). Przebudowa naczyń umożliwia ich kaniulację, w przypadku wielokrotnego podłączenia do zabiegu hemodializy. Założenie dostępu nie jest gwarancją sukcesu, „udany start” uzależniony jest od procesu dojrzewania przetoki, wykonywania odpowiednich ćwiczeń i stosowania zaleceń ogólnych w zakresie pielęgnacji. Dojrzewanie przetoki to zazwyczaj okres od 3 do 6 tygodni. Wzrost przepływu krwi przez zespolenie tętniczo-żylnie powoduje wzrost naprężenia ścinającego ściany żyły i wtórną aktywację naczyń komórki śródbłonka. Zmiany strukturalne i hemodynamiczne zachodzące po wytworzeniu

przetoki, są bardziej nasilone w żyłach niż w tętnicy. Obserwuje się znaczne pogrubienie ściany i poszerzenie jej średnicy oraz istotny wzrost ciśnienia i przepływu krwi. W wyniku ćwiczeń, w większości przypadków przebieg przetoki uwidacznia się pod skórą. Przetokę uznaje się za dojrzałą, jeżeli po 6 miesiącach od wytworzenia można prowadzić przy jej użyciu 2–3 dializy tygodniowo, uzyskując przepływ krwi w granicach 300–450 ml/min podczas 3–5 godzinnej sesji dializy. Początkowo zabieg prowadzi się na przepływach od 200 do 250 ml/min., aby ograniczyć ryzyko powikłań w postaci wynaczynienia krwi. Przetoka dojrzewając powoduje również rozszerzenie żył. Żyłę z pogrubionymi ściankami i średnicą  $\geq 6$  mm uważa się za odpowiednią do wprowadzenia igły dializacyjnej, której średnica waha się pomiędzy 1,5 mm–1,8 mm. Dobre efekty przynoszą ciepłe kąpiele rozszerzające zespolone naczynia, mają działanie przeciwzapalne i poprawiają drenaż limfatyczny. Dynamiczne ćwiczenia wzmacniają ściany naczyń, zwiększają przepływ krwi i zapobiegają tworzeniu się obrzęków. Po 2–3 tygodniach od wytworzenia przetoki pacjent powinien wykonywać je od 70 do 100 min dziennie. Alternatywnie zalecane są serie ćwiczeń w układzie 50 cykli przez 3 minuty, co daje 150 minut dziennie. Prawidłowe wprowadzenie igieł do przetoki wiąże się z zachowaniem pomiędzy nimi odległości nie mniejszej niż 5 cm. Mniejsza odległość związana z ryzykiem powrotu krwi oczyszczonej do układu dializatora i znacznym zmniejszeniem wydajności leczenia hemodializą (recyrkulacja) ryc. 1.

Ryc. 2. Zbyt wczesne wprowadzenie igieł dializacyjnych do przetoki zwiększa ryzyko powikłań i skraca jej żywotność





## Ocena przetoki

Rutynowej oceny dokonują pielęgniarka i lekarz podczas badania fizykalnego, przed rozpoczęciem każdej dializy (2–3 razy w tygodniu) i w sytuacji, gdy pacjent zgłasza dolegliwości. Kliniczna ocena „popatrz, poczuj, posłuchaj” obejmuje oglądanie przebiegu przetoki pod kątem wystąpienia zmian zapalnych, zmian na skórze o charakterze wysypki lub odczucia bolesności. Badaniem palpacyjnym określa się charakter szmeru naczyniowego tzw. „szum przetoki” spowodowany turbulentnym przepływem krwi, obecność tętna oraz istnienie twardych zgrubień. Należy zwrócić uwagę na przedłużone krwawienia z miejsc nakłucia, po usunięciu igieł dializacyjnych. Może to świadczyć o powstawaniu zwężeń zaburzających odpływ krwi z przetoki i zwiększających ciśnienie krwi w jej żyłnej części. Ocenia się także stan czystości skóry.

## Powikłania

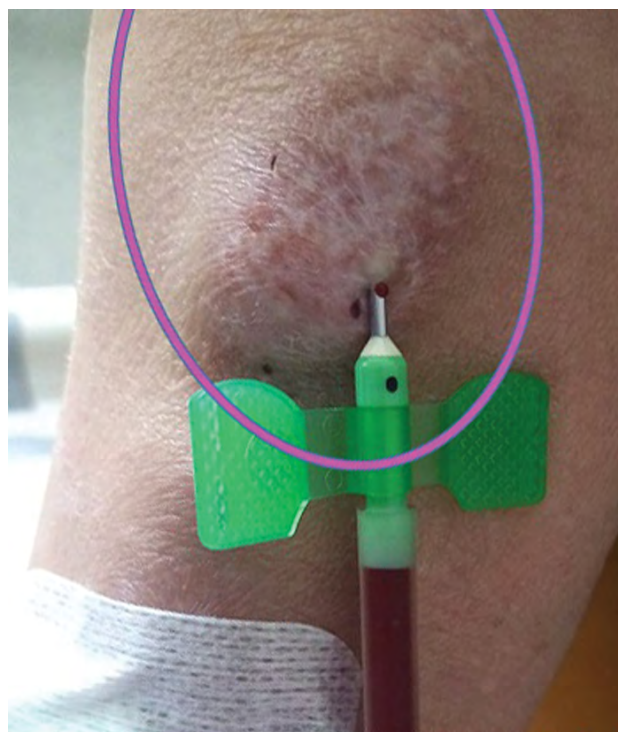
Wczesne wykrycie niepokojących objawów umożliwia szybkie włączenie diagnostyki i leczenia. Nieprawidłowe funkcjonowanie dostępu tętniczko-żylnego najczęściej występuje pod postacią: braku tętna nad jakimkolwiek odcinkiem żyły, obecności zaczerwienienia, zgrubień, poszerzeń naczyń, braku „szumu przetoki”. Stan zapalny przetoki tętniczko-żylny, objawia się nadmiernym uciepleniem kończyny, zaczerwienieniem, obrzękiem brzegów rany, sączeniem wydzieliny, krwiakiem, ropniem. Zbyt wczesne wprowadzenie igieł dializacyjnych do przetoki (poniżej 14 dni od jej wytworzenia) zwiększa ryzyko powikłań i skraca jej żywotność. Uszkodzenie niepogrubiałej w wystarczającym stopniu ściany naczynia i w związku z tym, łatwiejsze powstawanie krwiaków zlokalizowanych w jego sąsiedztwie, może wytwarzać ucisk, wpływając na powstawanie zwężeń (ryc. 2).

Późne powikłania dostępu naczyniowego to poszerzenie naczyń i tętniaki rzekome, zwężenie żył w miejscach zespolenia lub nakłucia przetoki, pogrubienie ścian naczyń z powodu proliferacji śródbłonna (nadmierny rozrost). Najczęstszą przyczyną nieprawidłowego działania przetoki jest tzw. „brak dojrzwania”, oraz zakrzepica. W prawidłowym procesie dojrzwania dostępu naczyniowego, w ramieniu tętniczym doprowadzającym krew, powinno dochodzić do zwiększenia przepływu i zwiększenia średnicy naczynia oraz niewielkiego pogrubienia jego ścian, bez wzrostu ciśnienia krwi. W ramieniu żylnym zaś, do pogrubienia ściany i poszerzenia średnicy oraz istotnego wzrostu ciśnienia i przepływu krwi, co prowadzi do osiągnięcia spodziewanej funkcjonalności (uzyskanie dużego przepływu i możliwość wielokrotnego nakłuwania). Zakrzepica przetoki jest najczęstszym i najgroźniejszym powikłaniem, w wyniku którego dochodzi do zamknięcia odcinka żyły skrzepliną. Przyczyną jest utrudniony odpływ żylny, niewystarczający

napływ tętniczy z powodu niskiego ciśnienia tętniczego oraz błąd techniczny na poziomie wykonania zespolenia tętniczko-żylnego. Odcinek przetoki wypełniony skrzepliną jest twardy, bolesny i zanika w nim „szmer” przepływu krwi. Do objawów niewydolności przetoki dializacyjnej należą: zmniejszenie szumu i drżenia nad żyłą i miejscem zespolenia żyły z tętnicą, zmniejszenie przepływu krwi podczas zabiegu dializy, wzrost ciśnienia żylnego podczas zabiegu, obecność skrzeplin w igle dializacyjnej, trudności w nakłuwaniu żyły, obrzęk kończyny z przetoką. Tętniak rzekomy jest powikłaniem występującym wskutek poszerzenia się naczynia poddawane wielokrotnym nakłuciom. Obecność powiększającego się tętniaka rzekomego, może spowodować martwicę skóry nad przetoką, ograniczyć liczbę możliwych miejsc nakłuwania, stanowić czynnik ryzyka wystąpienia krwotoku. Najczęstszą przyczyną powstawania rozległych krwiaków podskórnych jest kruchość i mała elastyczność naczyń, błędy związane z prawidłowym tamowaniem krwi po usunięciu igieł do dializ, błąd techniczny związany z nieprawidłową techniką wprowadzenia igły do przetoki. Czynnikiem predysponującym jest przyjmowanie preparatów antykoagulacyjnych. Rozległe krwiaki podskórne mogą prowadzić do zaburzeń przepływu krwi w przetoce, obrzęków i stanów zapalnych. Zdarzają się przypadki chirurgicznej ewakuacji treści krwiaka.

Bardzo ważne miejsce w zapobieganiu powikłań zajmuje edukacja w zakresie sprawowania samoopieki nad przetoką.

Ryc. 3. Obszar nakłuć przetoki tętniczko-żylny



## Edukacja

Przy współpracy z lekarzem, pielęgniarka edukuje pacjenta w zakresie: zasad ogólnych życia codziennego z przetoką, higieny rąk, prowadzenia treningu przetoki, kontrolowania „żywności zespolenia”. Zasady higienicznego postępowania, powinny obejmować między innymi mycie kończyny z przetoką, zakaz noszenia biżuterii, obcisłych rękawów, noszenia ciężarów, stosowania opatrunków okluzyjnych, zasad tamowania krwi po zabiegu dializy, postępowania z założonym opatrunkiem. Wielu pacjentów ma obawy, że nawet zwykłe umycie przetoki może spowodować powikłania. Czynnikiem predysponującym jest lęk przed jej dotykaniem oraz brak właściwych nawyków higienicznych. Pomoc pielęgniarek w pozbyciu się uprzedzeń wymaga czasami wielokrotnych rozmów i sposobów dotarcia do chorego (jego opiekunów). Wiąże się to także ze stanem ogólnym pacjenta. Dość liczną grupę stanowią chorzy wymagający częściowej lub całkowitej opieki pielęgniarskiej podczas sesji dializacyjnej. Trening przetoki ma za zadanie doprowadzić do uwidocznienia i wzmocnienia ścian nakłuwanych naczyń (ryc. 3).

Edukacja skupia się na wyrobieniu nawyku higieny przetoki, regularnych ćwiczeniach wzmacniających oraz właściwego postępowania w przypadku pojawiających się powikłań. Podopieczni muszą wiedzieć o zakazie mierzenia ciśnienia tętniczego krwi na rękę z przetoką. Zespolenia nie

Ryc. 3. Widoczna wyniosłość w miejscu wielokrotnych kaniulacji



powinno się nakłuwać w żadnym innym celu, poza prowadzeniem zabiegu dializy. Istotnym zadaniem jest wyczulenie chorego na codzienną kontrolę obecności „szumu” przetoki i szybkie reagowanie w razie jego braku (natychmiastowy kontakt z lekarzem ośrodka dializ). Ręka z przetoką nie powinna dźwigać więcej niż 2 kg. Podczas snu nie należy podkładać jej pod głowę, ani na niej spać. Ułożenie kończyny górnej z przetoką w każdej sytuacji musi zapewniać swobodny przepływ krwi. Przeciwwskazane jest zginanie ręki w łokciu ograniczające swobodny przepływ w naczyniach. W przypadku tamowania krwawienia, nie należy stosować zbyt silnego ucisku, aby nie zatrzymać przepływu krwi. Po usunięciu igieł dializacyjnych, okolicę nakłutą należy uciskać jałowym kompresem gazowym, na tyle intensywnie, aby zatamować krwawienie i na tyle delikatnie, aby pozostał wyczuwalny szmer lub vibracja zespolenia. Nie dopuszcza się stosowania kompresów niejłowych. Założone opatrunki usuwa się następnego dnia.

## Podsumowanie

Sprawny dostęp naczyniowy do hemodializy jest warunkiem przeprowadzenia zabiegu i wpływa bezpośrednio na jakość życia pacjentów przewlekle hemodializowanych. W swoim życiu podopieczny może być hospitalizowany z różnych przyczyn, poddawany zabiegom diagnostycznym nie związanym ze specjalistką nefrologiczną. W takiej sytuacji nie dopuszcza się używania przetoki w celu innym niż hemodializa. W wyjątkowych sytuacjach i pod kontrolą wyspecjalizowanej kadry nefrologicznej, można użyć dostępu do pobrania krwi lub podania leku „na ratunek życia”. Nie bez powodu uważa się, że „dostęp naczyniowy do hemodializy jest drogą łączącą pacjenta z życiem”.

Literatura dostępna u autora  
Fotografie własne za zgodą pacjentów

Przetoka tętniczko-żylna do dializy – co wiemy dzisiaj?  
Andrzej Berszakiewicz 1, 2, Agata Stanek 1, Natalia Strzelczyk 1,  
Kamila Gebala-Prajsnar 1, Aleksander Sieron 1

Beata Białobrzaska  
Oddział Hemodializy i Medycyny Transplantacyjnej, Klinika  
Nefrologii, Transplantologii i Chorób Wewnętrznych  
Anna Janus 1, Aneta Trzcńska 2, Alina Skubała 11, Stacja  
Dializ Fresenius Nephrocare, stacja nr 60 w Zabrze 2, Zakład  
Propedeutyki Pielęgniarstwa, Katedra Pielęgniarstwa Śląskiego  
Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Zadania pielęgniarek  
nefrologicznych związane z wytworzeniem i utrzymaniem  
dostępu naczyniowego do hemodializy

mgr Katarzyna Babska  
Komisja Pielęgniarek Nefrologicznych OIPiP w Łodzi





## Rola pielęgniarki w opiece nad noworodkiem przedwcześnie urodzonym cz. I

OLGA SUROWIEC

Definicja, zaproponowana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), określa mianem noworodka urodzonego przedwcześnie – wcześniaka – dziecko urodzone przed 37 tygodniem ciąży (t.c.), niezależnie od jego masy urodzeniowej. W niektórych krajach do celów statystycznych zamiast wskaźnika czasu trwania ciąży, wykorzystywana jest masa urodzeniowa dziecka; w ten sposób wyróżnia się noworodki: z małą masą ciała  $\leq 2500$  g, z bardzo małą masą ciała  $\leq 1500$  g i ze skrajnie małą masą ciała  $\leq 1000$  g. Inną metodą oceny dziecka przedwcześnie urodzonego są kryteria jego dojrzałości, ponieważ nie zawsze można dokładnie określić, w którym tygodniu ciąży nastąpił poród. Oceny dojrzałości można dokonać przy pomocy zmodyfikowanej skali Ballarda, dotyczącej punktowej oceny cech morfologicznych: skóry, meszku płodowego, bruzd na stopach, brodawek sutkowych, oka/ucho, narządów płciowych w kolejnych tygodniach ciąży. Brak ujednoczonych zasad oceny utrudnia określenie rzeczywistej liczby urodzeń przedwczesnych na świecie, niemniej w ostatnich latach następuje ciągły wzrost liczby urodzeń przed wyznaczonym terminem, zwłaszcza w krajach słabo rozwiniętych. W Afryce i Azji Południowej ponad 60 proc. dzieci przychodzi na świat przedwcześnie, w krajach o średnim statusie ekonomicznym – 12 proc., natomiast w krajach o wyższych dochodach liczba ta spada do około 9 proc. Choć w Polsce rodzi się coraz mniej dzieci, to liczba przedwczesnych porodów nie maleje i w 2015 r. odsetek porodów przedwczesnych wynosił 7 proc.

Porodem przedwczesnym nazywa się rozwiązanie ciąży między 22. a 37. t.c. Jest on wynikiem kombinacji różnych czynników społecznych i medycznych, które w niekorzystny sposób wpłynęły na przebieg ciąży i doprowadziły do jej wcześniejszego zakończenia. Stały rozwój medycyny pozwala na coraz lepsze rozpoznawanie i zapobieganie przyczynom przedwczesnych porodów, a także na skuteczne ratowanie dzieci urodzonych przedwcześnie. Różne czynniki społeczne oraz medyczne znacząco zwiększają ryzyko porodu przedwczesnego.

Jednym z czynników społecznych, który ma wpływ na zwiększenie ryzyka porodu przedwczesnego, jest niski status materialny rodziny (i ew. związane z nim niedopowiednie odżywianie się ciężarnej, niedożywienie czy niski indeks masy ciała) oraz niski poziom wykształcenia matki. Przedwczesne porody najczęściej dotyczą kobiet poniżej 16 roku życia (brak wsparcia najbliższych, brak lub niedostateczna przedporodowa opieka medyczna) oraz powyżej 35 roku życia (wzrost ryzyka wystąpienia chorób genetycznych u dzieci). Ważnym

czynnikiem jest rodzaj wykonywanej pracy przez ciężarne kobiety. Narażenie ich na czynniki szkodliwe, np. substancje chemiczne, promieniowanie jonizujące, ciężką pracę fizyczną – obciążają organizm matki, mogą doprowadzić do zaburzenia rozwoju, uszkodzenia płodu i znacząco zwiększają ryzyko przedwczesnego porodu, które również wzrasta (nawet 3-krotnie) u kobiet pracujących ponad 45 godz. tygodniowo w porównaniu z pracującymi mniej niż 40 godz. tygodniowo. Bardzo ważnym czynnikiem zwiększającym ryzyko przedwczesnego porodu są używki (narkotyki, alkohol, papierosy) stosowane w trakcie ciąży przez matkę.

Najistotniejszym czynnikiem medycznym, zwiększającym ryzyko porodu przedwczesnego, jest wcześniejszy poród przedwczesny w wywiadzie. Może to być związane z występującymi u matki nieprawidłowym umiejscowieniem łożyska, wadami macicy, która jest niezdolna do utrzymania ciąży lub też z podatnością kobiety na infekcje dróg rodnych.

W obecnych czasach coraz częściej występują ciążę wielopłodowe, głównie wskutek wprowadzenia zapłodnienia pozaustrojowego oraz leków wywołujących owulację u nieplodnych kobiet. Takie ciążę są obciążone zwiększonym ryzykiem przedwczesnego zakończenia (40–50 proc. bliźniąt rodzi się przedwcześnie, z czego 10 proc. przed 32 t.c., ciążę trojacze mają 95 proc. ryzyko przedwczesnego zakończenia). Jest to spowodowane dodatkowym obciążeniem organizmu matki, skracaniem i rozwieraniem szyjki macicy na skutek przedwczesnej czynności skurczowej lub niewydolnością tego narządu. Ważnym czynnikiem są również choroby matki, np. cukrzyca (zwłaszcza przed ciążą), które przyczyniają się do porodu przedwczesnego, a które w obecnych czasach coraz częściej towarzyszą już bardzo młodym kobietom. Innymi chorobami predysponującymi do przedwczesnego porodu są nadciśnienie tętnicze oraz wady serca rozpoznane u matki. Mogą one doprowadzić do zaburzeń we wzroście i rozwoju płodu oraz do przedwczesnych skurczów i rozpoczęcia akcji porodowej przed czasem.

Znaczącą rolę odgrywa profilaktyka porodu przedwczesnego. Istotnym jej aspektem jest dobry kontakt terapeutyczny między kobietą a zespołem medycznym, z którym styka się ona podczas ciąży. Bardzo ważna jest rola edukacyjna pielęgniarki, ponieważ wyczerpujące, a jednocześnie zrozumiałe dla kobiety ciężarnej porady dotyczące korzystnych dla zdrowia i czasu trwania ciąży zachowań zdrowotnych mogą uchronić ją przed porodem przedwczesnym. Do zachowań takich należy stosowanie odpowiedniej diety bogatej w witaminy, minerały, białko, ew. suplementacji kwasu foliowego, żelaza, jodu i magnezu, regularne kontrole lekarskie, szczególnie w wypadku kobiet chorych na cukrzycę. Istotne jest uświadomienie kobiecie konieczności wykonywania regularnych badań ginekologicznych oraz badań przesiewowych w kierunku bakterii bezobjawowej, które pozwolą na szybkie zauważenie nieprawidłowości, np. zakażeń, oraz wczesne podjęcie ich leczenia. Kobieta ciężarna musi zostać poinformowana także o ryzyku związanym ze zbyt obciążającą pracą i o konieczności zgłoszenia faktu zajścia w ciążę przełożonemu, który zobowiązany jest do zapewnienia jej bezpiecznych dla kobiet w ciąży warunków pracy.

W Polsce opieka nad wcześniakami przeżyła zasadniczy zwrot w roku 1993, kiedy to w ramach Programu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia powstał Program Poprawy Opieki Perinatalnej, którego celem było zapobieganie porodom przedwczesnym oraz skutkom wcześniactwa, a także małej masy urodzeniowej dzieci. Program w pozytywny sposób wpłynął na jakość i reorganizację opieki poprawiającej przeżywalność wcześniaków i został zakończony w 2000 r., osiągając zamierzony cel – spadek o 50 proc. umieralności okołoporodowej. Sukces Programu skłonił środowisko medyczne do badań nad metodami opieki koniecznością ustalenia standardów, które skutecznie wspomogą rozwój wcześniaków.

Z powodu stale wzrastającego zanieczyszczenia środowiska oraz niewłaściwego stylu życia u znacznego odsetka populacji pojawiają się trudności z zajściem i utrzymaniem ciąży oraz związane z przedwczesnym porodem – pojawieniem się na świecie nie do końca przystosowanego do życia wcześniaka.

Obecnie można uratować wcześniaki, które jeszcze kilkanaście lat temu nie miały szans na przeżycie, poprzez wcześnie rozpoczętą rehabilitację i zapobieganie różnorodnym powikłaniom chorobowym. Opieka nad takimi dziećmi jest kontynuowana również w dorosłości. Przedwcześnie urodzone noworodki stały się pełnoprawnymi pacjentami, posiadającymi swoje prawa i potrzeby, nie tylko fizyczne, ale również emocjonalne. Aby trudny start nie przekreślił reszty życia stale poszukuje się nowych metod opieki nad wcześniakami, takich jak np. metoda NIDCAP, która ma umożliwić wcześniejsze opuszczanie

oddziału neonatologicznego przez noworodki przedwcześnie urodzone oraz podniesienie jakości ich życia. Zauważono przy tym ogromny wpływ uczestnictwa rodziców w opiece nad wcześniakiem i konieczność nauczenia ich prawidłowych metod pielęgnacji umożliwiających kontynuowanie opieki i rehabilitacji dziecka po opuszczeniu przez nie szpitala.

### Wcześniactwo – definicja, epidemiologia, przyczyny, skutki, profilaktyka

Noworodki urodzone przedwcześnie – wcześniaki – potrzebują ochrony i pomocy w przystosowywaniu się do warunków otoczenia, ponieważ przyszły na świat zanim osiągnęły pełną dojrzałość. Funkcjonowanie organizmu wcześniaka jest zaburzone z powodu niedojrzałości większości jego układów i narządów, co prowadzi do powstawania deficytów, którym należy jak najlepiej zapobiegać lub przynajmniej minimalizować ich skutki.

Głównymi problemami, z jakimi zmagają się lekarze i pielęgniarki opiekujący się dziećmi przedwcześnie urodzonymi, są niedojrzałe płuca, które nie zapewniają wystarczającej wymiany gazowej, niewykształcony układ immunologiczny organizmu oraz niedojrzała skóra, która nie pełni swoich podstawowych funkcji, takich jak ochrona przed drobnoustrojami czy współudział w termoregulacji. Równie ważne są zaburzenia hormonalne, wodno-elektrolitowe, związane z układem pokarmowym – trudności z trawieniem i wchłanianiem pokarmu – oraz wiele innych, które dotyczą każdego z układów.



Każde nowo narodzone dziecko jest pacjentem wymagającym szczególnej opieki i uwagi. Wcześniaki zwykle nie są przystosowane do samodzielnej egzystencji poza łonem matki, dlatego też stanowią szczególną grupę pacjentów. Są to noworodki obciążone zwiększonym ryzykiem wystąpienia wielu chorób i powikłań związanych z ich przedwczesnym pojawieniem się na świecie. Celem działań współczesnej medycyny jest nie tylko uratowanie życia takich dzieci, ale również uchronienie ich przed powikłaniami związanymi z przedwczesnym porodem oraz zapewnienie im odpowiedniego rozwoju psychoruchowego i społecznego. Część powikłań można stwierdzić zaraz po pojawieniu się dziecka na świecie. Im wcześniej zauważone zostaną nieprawidłowości w rozwoju dziecka, tym wcześniej można będzie im zapobiegać, dzięki czemu jakość życia wcześniaków będzie się poprawiać. Pewne skutki przedwczesnego urodzenia się dziecka znane są personelowi medycznemu od razu; personel ten stara się je monitorować i niwelować. Przedwczesne pojawienie się dziecka na świecie znacząco utrudnia mu prawidłowy rozwój narządów, które muszą podjąć pracę wcześniej, niż są do tego odpowiednio rozwinięte.

Jednym z organów przysparzającym najwięcej problemów są płuca wcześniaka, które nie zdążyły dojrzeć do podjęcia prawidłowej pracy. Dopiero około 36. tygodnia ciąży w płucach znajduje się odpowiednia ilość pęcherzyków płucnych, dzięki którym dziecko może samodzielnie i skutecznie oddychać. Jednak nie liczba pęcherzyków, ale surfaktant, który odpowiada za ich prężność oraz posiada właściwości bakteriostatyczne, jest jednym z najważniejszych elementów, na jaki lekarze i pielęgniarki muszą zwrócić uwagę. U wcześniaka surfaktant jest niszczone, nowy natomiast nie jest jeszcze produkowany, gdyż układ nerwowy nie jest w pełni rozwinięty. Niedobór tej substancji jest przyczyną zapadania się pęcherzyków płucnych, co prowadzi do niedodmy oraz rozwoju ciężkiej niewydolności oddechowej. U wcześniaków występuje również nieregularna czynność oddechowa, w której pojawiają się przedłużające się (powyżej 20 s) bezdechy, którym może towarzyszyć sinica i bradykardia, co jest stanem potencjalnego zagrożenia życia. W wypadku przedłużających się bezdechów, sinicy oraz kiedy dziecko nie jest w stanie samodzielnie oddychać z powodu niedojrzałości płuc, musi ono zostać zaintubowane i podłączone do respiratora, a surfaktant musi zostać dostarczony z zewnątrz.

Kolejne trudności związane są ze skórą wcześniaka. Skóra osiąga pełną dojrzałość w 34. tygodniu ciąży. U dzieci urodzonych wcześniej skóra nie zapewnia prawidłowej równowagi organizmu, jest też ona bardzo podatna na wszelkiego rodzaju urazy samoistne, do których może dojść podczas wykonywania podstawowych zabiegów higienicznych i medycznych przy dziecku. Wszelkie uszkodzenia skóry są potencjalnymi wrotami infekcji, która może rozprzestrzenić się po całym organizmie. Skóra wcześniaka nie zapewnia dobrej izolacji cieplnej, przez co nasilona jest utrata ciepła oraz wody na drodze parowania, co może doprowadzić do szybkiego wyciębienia organizmu i odwodnienia, jeśli noworodka nie umieści się w inkubatorze.

Również układ krążenia przedwześnie urodzonego noworodka nie jest dojrzały. W mięśniu sercowym wcześniaka

znajduje się więcej wody, mniej jest natomiast elementów kurczliwych, które odpowiadają za prawidłową frakcję wyrzutową serca, co prowadzi to do jej zmniejszenia, zwłaszcza, gdy serce obciążone jest dodatkowymi nieprawidłowościami w budowie anatomicznej, takimi jak niezamknięcie przewodu tętniczego (przewodu Botalla). U dzieci urodzonych o czasie przewód tętniczy czynnościowo zamyka się zwykle w ciągu pierwszych 24 godzin życia, u wcześniaków bez zaburzeń ze strony układu oddechowego proces ten może trwać do 3 dni. Natomiast u dzieci urodzonych przedwześnie (zwłaszcza tych podłączonych do respiratora), u których występują zaburzenia oddychania, drożność przewodu tętniczego utrzymuje się dłużej niż 3 dni. Po upływie tego czasu przewód Botalla bardzo rzadko zamyka się samoistnie. Jeżeli leczenie farmakologiczne nie doprowadzi do zamknięcia przewodu tętniczego, a pojawiły się takie objawy, jak duszność czy brak przyrostu masy ciała, mogą one wskazywać na niewydolność krążenia. W takim wypadku należy poprzez zabieg chirurgiczny zamknąć przewód tętniczy. Należy pamiętać, że każdy zabieg operacyjny dla małego dziecka jest wielkim obciążeniem.

U wcześniaków niepełny rozwój jednego z układów pogłębia dysfunkcje drugiego. Taką zależność zauważyć można między niedojrzałym układem krążenia a nie w pełni rozwiniętym układem moczowym. Z powodu zaburzeń układu krążenia i zbyt małego przepływu krwi przez nerki oraz zbyt małej ilości kłębuszków nerkowych organizm nie jest skutecznie oczyszczany z toksyn, utrudnia to również eliminację niektórych leków. Nerki wcześniaków mają mniejszą skuteczność maksymalnego zagęszczania moczu, nie mają też w pełni wykształconej zdolności do wyłapywania sodu, dlatego u wcześniaków zapotrzebowanie dobowe na ten pierwiastek jest większe. Niedojrzałość nerek może doprowadzić do powstania zaburzeń w gospodarce wodno-elektrolitowej oraz kwasicy metabolicznej, które mogą zagrażać życiu dziecka.

Układ nerwowy odpowiada za prawidłowe funkcjonowanie organizmu. U przedwześnie urodzonych noworodków rozwój tego układu zostaje zaburzony. Im wcześniej dziecko przyjdzie na świat, tym bardziej obniżone jest jego napięcie mięśniowe. Noworodki urodzone przed 28. tygodniem życia płodowego oraz te z małą masą urodzeniową wykazują prawie całkowitą hipotonię, czyli zmniejszone napięcie mięśni, również mięśniówki naczyń krwionośnych.

Odruchy pierwotne wcześniaków odbiegają od normy (np. odruch płaczu może wcale nie występować). Dzieci urodzone przed 28. t.c. nie manifestują głodu, ponadto odruch ssania jest słaby i nieskoordynowany z odruchem polykania, dodatkowo odruch szukania u wcześniaków jest bardzo słaby (może też nie występować); dziecko reaguje dopiero po dłuższym stymulowaniu. W związku ze słabym rozwinięciem podstawowych odruchów ssania i polykania, szczególnie u noworodków urodzonych przed 34. tyg. życia płodowego, niezbędne jest karmienie dziecka w początkowym etapie po urodzeniu za pomocą zgłębnika dożołądkowego.

Niedojrzały układ pokarmowy przysparza kolejnych trudności. U wcześniaków często spotykana jest niewydolność

zwieracza dolnego przełyku, która objawia się powstawaniem refluksu żołądkowo-przełykowego, co powoduje dodatkowe zagrożenia, takie jak zaaspirowanie treści pokarmowej do płuc, a w konsekwencji do rozwoju zachyłkowego zapalenia płuc – powikłania mogącego doprowadzić do śmierci dziecka. Perystaltyka jelit wcześniaka jest spowolniona, co sprzyja powstawaniu zalegań i wzdęć. Jelita nie absorbują też w pełni wydolnie składników pokarmowych oraz wody, przez co dziecko narażone jest na niedobory.

Niektóre – późne – powikłania ujawniają się dopiero po pewnym czasie po urodzeniu. Częściowo wynikać one mogą z powikłań wcześniejszych lub mogą być efektem pobytu w szpitalu jako powikłania jatrogenne.

Jak wspomniano, układ oddechowy wcześniaka jest niedojrzały, a problemy z tym związane rzutują na całe życie dziecka. Z powodu niedoboru surfaktantu u dziecka może rozwinąć się niedodma, a w konsekwencji niewydolność oddechowa. Narastająca niedodma jest przyczyną zmniejszenia prężności płuc (płuca stają się sztywne), przez co zwiększa się wysiłek oddechowy, a dziecko musi zostać zaintubowane i wentylowane mechanicznie. Właśnie z zastosowaniem respiratora wiążą się powikłania, które mogą wystąpić u dziecka po dłuższym czasie stosowania u niego wentylacji mechanicznej. Na skutek stosowania zbyt wysokich dodatnich ciśnień podczas wentylacji mechanicznej u wcześniaka wystąpić może zespół „ucieczki powietrza”, czyli odmy opłucnowej, która może prowadzić do stanu zagrożenia życia. Kolejną chorobą, na jaką narażone są wcześniaki, które były długotrwale leczone za pomocą wentylacji mechanicznej (rozwija się u 15 proc. noworodków sztucznie wentylowanych dłużej niż 3 tygodnie), jest przewlekła choroba płuc inaczej nazywana dysplazją oskrzelowo-płucną, czyli zespół objawów charakterystycznych dla różnych postaci przewlekłych chorób płuc. Choroba ta prowadzi do śródmiąższowego włóknienia płuc i niedotlenienia. Jest też czynnikiem predysponującym w przyszłości do zwiększonej podatności na infekcje układu oddechowego, zapalenie płuc.

Wcześniak zaintubowany ma również prowadzoną terapię tlenową. Częstym powikłaniem po tlenoterapii jest rozwój retinopatii wcześniaczej, która jest główną przyczyną ślepoty małych dzieci w Polsce. Wcześniaki podlegają stałej kontroli okulistycznej, by jak najszybciej dostrzec patologiczne zmiany.

U noworodków przedwześnie urodzonych, u których proces dojrzewania układu nerwowego musiał zakończyć się w śródowisku pozamacicznym, zauważa się różnorodne zaburzenia neurologiczne występujące w dalszym życiu. Niekorzystne zmiany, które mogły powstać w początkowym etapie życia, mogą skutkować zaburzeniami słuchu i wzroku, trudnościami w uczeniu się, rozwojem padaczki, upośledzeniem umysłowym oraz dziecięcym porażeniem mózgowym. Zaburzenia neurologiczne, które poważnie wpłyną na dalsze życie dziecka, diagnozowane są zwykle pod koniec 1. roku życia lub w ciągu kilku kolejnych lat.

Również początkowe zaburzenia odruchów pierwotnych z czasem mogą stanowić poważny problem. Wcześniaki, które karmione były za pomocą sondy – po jej usunięciu – mają

trudności w prawidłowym skoordynowaniu odruchów ssania i polykania. Może to prowadzić do szybkiego męczenia się podczas jedzenia, zakrztuszeń oraz aspiracji pokarmu do dróg oddechowych, które może prowadzić do ciężkich powikłań.

Noworodek przedwześnie urodzony jest też bardziej podatny na choroby i zakażenia tak w szpitalu, jak poza nim. Układ odpornościowy wcześniaka nie jest prawidłowo rozwinięty. Dziecko przebywając od urodzenia w szpitalu zasiedlone jest przez niefizjologiczną florę bakteryjną szpitalną, a jego naturalna „osłona” jest wyjąławiana przez podawanie leków i antybiotyków. Rzutuje to na późniejszy okres życia dziecka, które jest podatne na zakażenia – często odporne na wiele antybiotyków.

Wcześniaki wykazują odrębności nie tylko w działaniu narządów czy też zwiększonej podatności na zachorowania. Badania wśród dorosłych, którzy urodzili się jako wcześniaki (poniżej 32. tyg. ciąży) wykazały, że przejawiają oni cechy autystyczne objawiające się trudnościami w komunikacji z innymi ludźmi. Osoby te są bardziej zamknięte w sobie i mniej angażują się w życie społeczne. Jednocześnie są mniej odporne na stres.

Zapobieganie powikłaniom, które mogą dotyczyć wcześniaków, jest ważnym elementem późniejszej poprawy jakości ich życia. Z uwagi na podwyższone ryzyko zachorowań na wiele chorób okresu dziecięcego, rodzice wcześniaka muszą zdawać sobie sprawę z konieczności szczepień ochronnych zgodnych z kalendarzem szczepień. Pierwsze szczepienia ochronne noworodek urodzony przedwześnie otrzymuje zaraz po urodzeniu, jest to szczepienie przeciwko zapaleniu wątroby typu B (podawane domięśniowo w udo). Jednak wcześniaki urodzone przed 32. tyg. życia płodowego lub z masą poniżej 2000 g nie powinny być szczepione zaraz po narodzinach, gdyż ich organizm nie poradzi sobie z przetworzeniem szczepionki i nie wytworzy przeciwciał. W takich wypadkach podanie szczepionki następuje w momencie osiągnięcia przez dziecko kryterium masy ciała powyżej 2000 g; wówczas podana zostaje również szczepionka przeciwko gruźlicy (BCG). Szczepienia zmniejszają ryzyko zachorowania dziecka na dane choroby oraz ułatwiają organizmowi walkę z chorobą.

Duże znaczenie w zapobieganiu powikłaniom ma wczesne wykrywanie nieprawidłowości na podstawie badań przesiewowych. Między 4. a 7. dobą życia pielęgniarka lub położna pobiera krew na badania w kierunku takich chorób, jak fenyloketonuria i niedoczynność tarczycy. Przeprowadzane są również badania słuchu i wzroku, które pozwalają zapobiec rozwojowi retinopatii wcześniaczej i trwałemu uszkodzeniu tych narządów zmysłów. Noworodek obserwowany jest również w kierunku mukowiscydozy; opóźnione oddanie smółki (pierwszego stolca) może wskazywać na obecność tej choroby i powinno skłonić personel medyczny do dalszych badań w tym kierunku.

oprac. redakcyjne – mgr Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz  
na podstawie pracy licencjackiej na kierunku pielęgniarstwo  
promotor – dr Agnieszka Głowacka



Dystocja barkowa to jedna z bardziej niebezpiecznych sytuacji położniczych mogących wystąpić w sali porodowej podczas drugiego okresu porodu. Niesie za sobą niebezpieczeństwo zarówno dla matki, jak i dla rodzącego się płodu.

Jedną z definicji określa dystocję barkową, zwaną inaczej niewspółmiernością barkową, jako zatrzymanie porodu tuż po urodzeniu główki, czego przyczyną jest nieprawidłowe ułożenie barków rodzącego się płodu. Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników określa niewspółmierność barkową jako sytuację położniczą, w której, w końcowej fazie porodu, po urodzeniu się główki następuje zatrzymanie postępu przez niemożność porodu barków. Taki stan grozi okaleczeniem lub obumarciem płodu. Dudenhausen J.W. definiuje dystocję barkową jako zahamowanie postępu porodu po urodzeniu główki płodu, w rezultacie niecałkowitego dokonania zwrotu barków.

Niewspółmierność barkową można podzielić ze względu na dwa kryteria:

Ciężkość stosowanych zabiegów:

- stopnia lekkiego, zastosowanie manewru McRoberts, którego celem jest zniesienie lordozy lędźwiowej i wyprostowanie kąta między kością krzyżową a kręgosłupem, pozwala to na uwolnienie barków i dalszy postęp porodu,
- stopnia średniego, dodatkowo niezbędny jest ucisk nadłonowy – manewr McRoberts nie był skuteczny,
- stopnia ciężkiego, bezwzględnie konieczne są rękoczynny – manewr McRoberts oraz ucisk nadłonowy nie były skuteczne.

Wysokość zablokowanych barków:

- dystocja niska, kiedy barki utknęły w próżni lub na wychoździe miednicy. Może się zdarzyć, że bark przedni zatrzymał się w wymiarze przednio-tylnym w łuku podłonowym lub oba barki zaklinowały się w wymiarze poprzecznym, bądź skośnym i blokują się o części kości łonowej.
- dystocja wysoka, występuje w przypadku kiedy barki zaklinowały się we wchodzie miednicy. Może to mieć miejsce, kiedy barki zablokują się w wymiarze przednio-tylnym, tylny za promontorium a przedni za spojeniem łonowym. Zdarza się również, że zaklinowanie barków następuje w wymiarze poprzecznym na wysokości spojenia łonowego.

### Częstość występowania dystocji barkowej

Częstość występowania dystocji barkowej jest zróżnicowana w zależności od źródeł ich pochodzenia oraz od subiektywnej oceny tego, co jest dystocją, a co trudnym porodem barków. Występowanie niewspółmierności barkowej waha się w granicach od 0,6 proc. do 1,4 proc. dla płodów o masie urodzeniowej w granicach 2500 g–4000 g, natomiast od 5 proc. do 9 proc. dla płodów o masie urodzeniowej 4000 g–4500 g z zaznaczeniem, że nie są to dzieci matek chorych na cukrzycę. Z badań przeprowadzonych przez pracowników Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego wynika, iż wartość występowania dystocji barkowej oscyluje między 0,15 proc.

# Poród powikłany dystocją barkową

lic. położnictwa **PATRYCJA KOZIK**  
dr n. med. **BOGUSŁAWA RUDNICKA**

a 2,1 proc. Według Witkiewicz M. wystąpienie tego powikłania zależne jest od sposobu prowadzenia porodu i rodzenia barków, przyjętego dla danego podmiotu leczniczego i waha się między 0,5 a 1,5 proc. Podejrzewa się jednak, że wyniki te związane są także z ilością cięć cesarskich wykonywanych z powodu makrosomii płodu, czy braku postępu drugiego okresu porodu. Wart uwagi jest także fakt, że dystocja barkowa występuje 2–3 razy częściej u kobiet z ciążą powikłaną niż u kobiet zdrowych.

### Czynniki ryzyka dystocji barkowej

Pomimo, iż dystocja barkowa występuje stosunkowo rzadko to dotyczy zarówno kobiet obarczonych czynnikami ryzyka, mogącymi zwiększać prawdopodobieństwo jej wystąpienia, jak i u tych, które w czasie ciąży nie wykazywały czynników mogących wpłynąć na to powikłanie. Do sytuacji mogących przyczynić się do wystąpienia niewspółmierności barkowej należą cukrzyca matki, która może spowodować nadmierny lub nierówny przyrost masy ciała płodu, mogący utrudnić poród. Ciąża przeterminowana jest z jednym z częstszych powodów wystąpienia dystocji barkowej, gdyż po 35 tygodniu ciąży następuje gwałtowny wzrost płodu i nasila się dysproporcja, nieprawidłowy stosunek obwodu główki płodu do obwodu brzuszka (AC>HC). Im termin porodu jest dalszy od przewidywanego, tym wystąpienie niewspółmierności barkowej jest



bardziej prawdopodobne. Kolejnym czynnikiem sprzyjającym temu powikłaniu jest otyłość matki, jeżeli Body Mass Index (BMI) kobiety jest powyżej 30 kg/m<sup>2</sup> masa ciała płodu również jest wyższa niż podawana jako prawidłowa dla danego tygodnia wieku płodowego. Na wystąpienie dystocji barkowej bezwzględny wpływ mają również nieprawidłowości budowy miednicy. Niski wzrost pacjentki, wiek powyżej 35 roku życia, czy dystocja występująca przy poprzednim porodzie. Wymienione czynniki ryzyka należą do grupy przedporodowych, a przedłużający się poród, stymulacja czynności skurczowej, poród ukończony wyciągaczem próżniowym lub kleszczami położniczymi czy znieczulenie zewnątrzoponowe wliczają się w ryzyko śródporodowe mogące spowodować wystąpienie omawianej niewspółmierności.

### Rozpoznanie dystocji barkowej

Niewspółmierność barkową można rozpoznać dopiero w drugim okresie porodu, po urodzeniu się główki płodu. Trudność polega na tym, że zwykle, gdy dokonał się trzeci

akt mechanizmu porodowego, barki powinny wstawić się w wymiarze poprzecznym do wchodu, miednicy, a w dystocji barkowej, barki w zależności od wysokości blokują się poprzez niedokonany czwarty zwrot. W rozpoznaniu dystocji barkowej pomocna może być obserwacja takich zjawisk, jak opór rodzącego się barku, przy stosowaniu powszechnej siły traktacji, czy utrudniony poród twarzy i zuchwy. Obserwuje się także ciasno umocowaną w pochwie głowę, a nawet cofanie się jej, tzw. objaw „żółwia” oraz utrudnione lub niemożliwe dokonanie rotacji zewnętrznej głowy płodu.

W sytuacji, kiedy potwierdzi się rozpoznanie dystocji barkowej należy unikać bocznego pociągania w ilości większej niż 4 razy. Działania należy rozpocząć od podjęcia decyzji, czy będą one wykonywane w kierunku rękoczynów u matki, czy też u płodu.

### Zalecenia podczas prowadzenia porodu powikłanego dystocją barkową

Według PTGIP pierwszym i najważniejszym punktem postępowania jest zachowanie spokoju oraz pomoc doświadczonemu personelowi medycznemu, który będzie miał realny udział w pomyślnym przeprowadzeniu porodu. Jako kolejny punkt podawane jest opróżnienie pęcherza moczowego i wykonanie rozległego nacięcia krocza. Rekomendowane jest odsluzowanie jamy ustnej i nosowej tuż po urodzeniu główki. Pierwszym ze stosowanych manewrów jest McRoberts, który powinien być dokonany po zsunieciu kobiety rodzącej na brzeg łóżka. Kiedy manewr ten nie przyniesie zamierzonych rezultatów stosuje się ucisk nadłonowy. Kolejnym manewrem stosowanym przy niepowodzeniu dwóch poprzednich jest manewr Woodsa, zwany inaczej korkociągowym, polegający na rotacji barku o 180 stopni. Ostatnim krokiem jest pomoc ręczna wewnętrzna. Możliwe są pomoc ręczna metodą Heerego polegająca na uniesieniu spojenia łonowego oraz pomoc sposobem Chavisa polegająca na włożeniu wziernika pomiędzy spojenie łonowe, a przedni bark. Znany jest także manewr De Lee, czy też Pinarda, polegający na wytoczeniu tylnej ręki płodu bez rotacji tylnego barku, natomiast manewr uwolnienia ręki z rotacją barku zwany jest techniką Barnum.

Jednym z działań jest także przyjęcie przez rodzącą pozycji kolankowo-łokciowej (manewr Gaskin), bądź też złamanie obojczyków płodu.

W sytuacji, kiedy żaden z wyżej wymienionych manewrów jest nieskuteczny należy w ostateczności wykonać próbę manewru Zavanelliego, polegającego na odprowadzeniu główki płodu i wykonaniu cięcia cesarskiego. Alternatywną metodą jest przecięcie spojenia łonowego, zwane symphysiotomią. Polega na powiększeniu rozmiarów miednicy poprzez rozcięcie chrząstkozrostu na spojeniu łonowym. Manewr ten nie jest wykorzystywany we współczesnym położnictwie z powodu rozległości obrażeń i szeregu powikłań. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników są bardzo zbliżone do wytycznych American College of Obstetricians.



## Schemat postępowania – HELPERR

HELPERR to zespół działań stworzony, aby ułatwić szybkie i efektywne działania w momencie rozpoznania porodu powikłanego dystocją barkową. Każda z liter skrótu HELPERR oznacza kolejno kroki schematu zgodnie, z którymi powinno się postępować, aby przeprowadzić poród z możliwie najmniejszymi uszkodzeniami lub ich brakiem.

- H – *help*, co oznacza wezwanie wszystkich na pomoc
- E – *episiotomy*, czyli nacięcie krocza
- L – *legs* to konieczność zarzucenia nóg rodzącej na brzuch, jest to manewr McRoberts
- P – *suprapubic pressure*, oznacza konieczność wykonania ucisku nadłonowego
- E – *enter maneuvers* to wykonanie manewrów zewnętrznych
- R – *remove the posterior arm*, czyli uwolnienie tylnego barku
- R – *roll the patient* określa zmianę pozycji pacjentki do pozycji kolankowo-łokciowej.

## Powikłania u matki

Niewspółmierność barkowa niesie wiele zagrożeń dla matki, jaki i dla płodu. Kobieta rodząca może być narażona na nadmierną utratę krwi, nawet powyżej 1000 ml, przyczyną której może być krwotok. Kolejnym zagrożeniem są uszkodzenia pochwy i krocza, czy nerwu pęcherza moczowego. W czasie porodu powikłanego dystocją barkową rośnie także ryzyko pęknięcia macicy, wystąpienia krwiaka pochwy czy zakażeń połogowych spowodowanych przedłużającym się porodem, a także istnieje dużo prawdopodobieństwo wystąpienia przetoki odbytniczo-pochwowej.

## Powikłania u płodu i noworodka

Najczęstszym powikłaniem porodu powikłanego dystocją barkową jest poród dziecka z objawami zamartwicy wewnątrzmacicznej. Przyczyną takiego stanu jest upośledzenie krążenia. Najbardziej dramatycznym skutkiem jest jednak wewnątrzmaciczne obumarcie płodu w czasie udzielania pomocy. Kolejnym częstym powikłaniem jest porażenie splotu ramiennego typu Erba-Duchenne, które dotyczy uszkodzenia korzeni na wysokości C5–C6 oraz porażenie typu Klumpke, związane jest ono z uszkodzeniem korzeni C8–Th1 i występuje zdecydowanie rzadziej, w około 2 proc. porodów. U około 2–3/1000 urodzeń dochodzi do złamania kończyn lub obojczyka płodu.

licencjat położnictwa Patrycja Kozik  
dr n. med. Bogusława Rudnicka  
Uniwersytet Medyczny  
Zakład Położnictwa Praktycznego  
II Katedry Ginekologii i Położnictwa

# II Ogólnopolska Konferencja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej

II Ogólnopolska Konferencja Pielęgniarek Medycyny Szkolnej odbyła się 26–27 sierpnia 2020 r. w Hotelu Gromada w Warszawie. Udział w konferencji to zdobycie nowej wiedzy, doświadczeń, wymiana poglądów, spotkania. Obecnie jeszcze bezpieczeństwo. Mając na uwadze bezpieczeństwo organizatorzy podjęli szereg działań, aby ograniczyć czas przebywania całej grupy na Sali konferencyjnej 4 wykłady odbyły się wcześniej online:

- „Prowadzenie dokumentacji ucznia i gabinetu” – dr. n. prawnych Anna Augustynowicz
  - „Bezpieczeństwo pielęgniarek i uczniów w czasach COVID-19” – Marek Posobkiewicz, były Główny Inspektor Sanitarny
  - „Symptomy zaburzeń psychicznych u dzieci” – dr hab. n. med. Barbara Rembek, Konsultant krajowy w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży
  - „Wady postawy u dzieci. Jak patrzy pielęgniarka i czego nie widzi” – dr n. o zdr. Katarzyna B. Głogowska, oraz dr n. o zdr. Jan Głogowski.
- Zabezpieczenie epidemiologiczne przed i w trakcie trwania konferencji – pomiar temperatury ciała poprzez skanowanie, dezynfekcja rąk, dezynfekcja powietrza w sali konferencyjnej technologią zimnej plazmy. Tylko 102 osoby na sali 400 m kw., zachowane odstępy, każdy ma swój stolik.

Otwarcie konferencji 26 sierpnia 2020 r. o godzinie 12.00, następnie odbyły się wykłady:

- „Zmiany w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami. Skąd idziemy i dokąd zmierzamy” – prof. dr hab. n. med. Anna Oblacińska, Konsultant w Zakładzie Zdrowia Dzieci i Młodzieży, Pracownia Medycyny Szkolnej
  - „Monitorowanie opieki nad uczniami. Rola zadania Instytutu Matki i Dziecka” – mgr Wiśława Ostrega
  - „Komunikacja interpersonalna z uczniami, postępowanie z uczniami agresywnymi” – Blanka Zientek, psycholog szkolny.
- W dniu 27 sierpnia odbyły się dwa wykłady:
- „Uczeń ze spektrum autyzmu w szkole” – dr n. med. Lidia Popek, Konsultant Wojewódzki na Mazowszu w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży, ordynator oddziału psychiatrycznego dla dzieci w Józefowie.



- „Współpraca pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania z dyrekcją szkoły i innymi członkami grona pedagogicznego” – Jolanta Zając, Przewodnicząca Komisji ds. Pielęgniarek w Środowisku Nauczania i Wychowania przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami na początku XXI wieku, ma na celu wspieranie rozwoju i edukacji dzieci i młodzieży w wieku szkolnym, oraz powiązanie opieki zdrowotnej z programami profilaktyki i promocji zdrowia w szkole oraz realizowanie jej w ścisłej współpracy z pracownikami szkoły i rodzicami uczniów.

Informacje i materiały otrzymane od wykładowców po II Ogólnopolskiej Konferencji Pielęgniarek Medycyny Szkolnej, będą na pewno pomocne w codziennej pracy pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania.

Barbara Jakuszczonek

## Oferta pracy dla pielęgniarek/pielęgniarsza

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Pabian-Med w Pabianicach poszukuje kandydata na stanowisko pielęgniarki/pielęgniarsza

Wymagania:

- wykształcenie kierunkowe – pielęgniarstwa, kurs kwalifikacyjny – pielęgniarstwo rodzinne, pielęgniarstwo internistyczne, pielęgniarstwo środowiskowe, kurs pielęgniarki szczepiennej,
- czynne prawo wykonywania zawodu,
- znajomość obsługi komputera,
- odporność na stres,
- odpowiedzialność i uczciwość,
- umiejętność nawiązywania kontaktów,

Oferujemy:


- stabilne zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę na pełen etat lub umowę zlecenie,
- wynagrodzenie zależne od kwalifikacji.

Osoby zainteresowane prosimy o kontakt.

List motywacyjny oraz CV z klauzulą „Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w aplikacji złożonej na potrzeby procesu rekrutacji zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r.” prosimy wysyłać pocztą na adres Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Pabian-Med ul. Kilińskiego 10/12, 95-200 Pabianice lub e-mail: pabianmed@pabianmed.pl z tytułem pielęgniarka/pielęgniarsza. Informujemy, że niewykorzystane oferty nie będą odsyłane i ulegną zniszczeniu.



Święto obchodzone 17 listopada każdego roku,  
by zwiększyć świadomość o przedwczesnych porodach i problemach  
przedwcześnie urodzonych dzieci oraz ich rodzin na całym świecie.



W dniu 20 września 2020 r. zmarła w wieku 60 lat nasza Koleżanka

***śp. Urszula Barbara Pomykała***

Odeszła od nas pozostawiając wspomnienie dobrego i skromnego Człowieka.

..Wierzmy jednak bólem zdjęci,  
że Bóg Cię przyjmie w swoich włościach,  
ugoszczą także wszyscy Święci,  
widząc miłego sercu gościa...

Pragniemy złożyć wyrazy współczucia Rodzinie Uli

Koleżanki z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Opocznie





# 2020

## STYCZEŃ 21 dni • 159,15 godz.

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 20 dni • 151,40 godz.

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	

## MARZEC 22 dni • 166,50 godz.

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 21 dni • 159,15 godz.

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 20 dni • 151,40 godz.

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 21 dni • 159,15 godz.

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 23 dni • 174,25 godz.

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 21 dni • 159,15 godz.

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 22 dni • 166,50 godz.

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 22 dni • 166,50 godz.

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 20 dni • 151,40 godz.

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 22 dni • 166,50 godz.

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		