

ISSN 1640-7679

Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

5-6/2023



**Sprawozdanie
z VIII Krajowego
Zjazdu Pielęgniarek
i Położnych**

**Fakty i mity
o masturbacji
dziecięcej**

**Zastosowanie
pozycji wertrykalnych
w porodzie
fizjologicznym**

**Higiena rąk
z uwzględnieniem
5 momentów
mycia rąk**

**Moja praca
wakacyjna
w Nałęczowie**

1 czerwca

**Międzynarodowy
Dzień Dziecka**

„25 lat minęło jak jeden dzień...”



Ogólnopolski Związek Zawodowy
Pielęgniarek i Położnych
– Region Łódzki

24 maja 2023 roku w Teatrze Nowym im. Kazimierza Dejmka w Łodzi odbyło się niecodzienne wydarzenie. Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Regionu Łódzkiego obchodził jubileusz 25-lecia istnienia.

Kolebką Związku była zakładowa organizacja związkowa przy Szpitalu Wojewódzkim we Włocławku. 24 kwietnia 1992 roku zarejestrowano w sądzie pierwszy Regionalny Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych z siedzibą we Włocławku, który – jako pierwsza organizacja związkowa, niezależnie od działań na terenie zakładu pracy i regionu – wystąpił do ówczesnej Premier, Hanny Suchockiej, z wnioskiem o poprawę naszych warunków pracy i płacy oraz o wprowadzenie taryfikatora płac.

Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, założony w 1995 roku i działający do chwili obecnej, jest najliczniejszą organizacją związkową wśród zawodów medycznych w kilkudziesięciu miastach w Polsce, skupioną w 400-tysięcznej centrali Forum Związków Zawodowych. Minione ćwierćwiecze było trudnym okresem poszukiwań rozwiązań dla organizacji oraz intensywnej pracy działaczy, związanej z promocją Związku.

Z okazji tej uroczystości zostały zaproszone delegacje wszystkich zakładowych i międzyzakładowych organizacji związkowych pielęgniarek i położnych województwa łódzkiego zarówno obecnie działających, jak i już nieistniejących. Zaproszono również Przewodniczącą Zarządu Krajowego OZZPiP Krystynę Ptok, Przewodniczącą Komisji Rewizyjnej Zarządu Krajowego OZZPiP Jolantę Korbicką, byłego Honorowego Przewodniczącego OZZPiP Regionu Łódzkiego Zdzisława Bujasa, Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi Annę Kacprzak i była Przewodniczącą łódzkiej ORPiP Agnieszkę Kałużną oraz Przewodniczącą OZZPiP Ziemi Sieradzkiej Hannę Malik. Zaproszeni zostali też przedstawiciele zaprzyjaźnionych związkowców, zrzeszonych w Forum Związków Zawodowych Policjantów, Więziennictwa, Ruchu Ciągłego oraz MPK.

Uroczystość otworzyła Przewodnicząca OZZPiP Regionu Łódzkiego Iwona Darmach, która powitała wszystkich obecnych i został wprowadzony sztandar Regionu Łódzkiego. Zdzisław Bujas nakreślił rys historyczny działalności OZZPiP, tj. jego powstanie, niełatwe lata walki na rzecz ochrony praw pracowniczych, wynagrodzeń, warunków socjalnych i zdrowotnych, bezpieczeństwa i higieny pracy, przeciwdziałania i zwalczania mobbingu oraz dyskryminacji pracowników. Organizowane przez wiele lat pikety oraz protesty, jak również determinacja i współpraca Koleżanek i Kolegów przyczyniły się do sukcesów wielu negocjacji z dyrektorami placówek ochrony zdrowia w województwie łódzkim, jak również porozumień na szczeblu rządowym.

W uznaniu zasług dla środowiska policyjnego, związku oraz za działalność patriotyczną najwyższe odznaczenie otrzymali Zdzisław Bujas oraz Iwona Darmach. Wszystkie zakładowe i międzyzakładowe organizacje związkowe pielęgniarek i położnych otrzymały pamiątkowe statuetki, a ich członkowie symboliczne odznaczenia. Podniosłej uroczystości towarzyszyły liczne gratulacje, życzenia, wspomnienia minionych lat, refleksje oraz łzy wzruszenia. Wszystkim zaproszonym Gościom i Związkowcom serdecznie dziękujemy za to, że byli i wspólnie z nami świętowali rocznicę.

Przed nami jeszcze wiele pracy, ale każdy z nas zdaje sobie sprawę, że – podejmując decyzję o pozostaniu działaczem związkowym – będzie swój czas poświęcać innym, często kosztem własnego zdrowia i rodziny. Choć nasze działania nie zawsze spotykają się ze zrozumieniem Koleżanek i Kolegów, nadal będziemy działać skutecznie, sprawnie oraz konsekwentnie, zabiegając o to, aby nasza praca była – tak jak na to zasługujemy – właściwie wynagradzana, satysfakcjonująca i zapewniła nam godność, gwarantowaną Konstytucją RP pod sztandarem OZZPiP. Dziękujemy wszystkim za wspólne 25 lat

Elżbieta Janiszewska
Marzena Opas

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi
Anna Kacprzak

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Agnieszka Kałużna (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Jolanta Parafiniuk (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi
Joanna Gąsiorowska

Skarbnik ORPiP w Łodzi
Halina Gmaj-Budziarek

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”

Joanna Gąsiorowska
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, 11 Oddział w Łodzi
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

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

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

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

Pośrednictwo pracy i dział socjalny
wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00
tel. 42 633 23 94

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

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

W NUMERZE:

2 SERWIS INFORMACYJNY

Z prac Okręgowej Rady
Sprawozdanie z VIII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

10 PRAKTYKA ZAWODOWA

„Rączki na kołderkę” czyli fakty i mity o masturbacji dziecięcej
Zastosowanie pozycji wertykalnych w porodzie fizjologicznym
Higiena rąk

20 GŁOS ZE ŚRODOWISKA

Moja praca wakacyjna w Nałęczowie

24 POŻEGNANIA

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: Joanna Gąsiorowska
Bank Zdjęć Photogenica: okładka, s. 10, 13, 14, 17, 20
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

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

Posiedzenia i głosowania przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość na podstawie art. 14 hb Ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 2095 ze zm.)

XCV posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 16 lutego 2023 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 9 pielęgniarek i 1 pielęgniarka.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Przyznano prawo wykonywania zawodu na określony zakres czynności zawodowych pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę/pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek/pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek i 1 pielęgniarka.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę/pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek/pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki i 1 pielęgniarka.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat: skierowano na przeszkolenie – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyk pielęgniarki, poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 praktyk pielęgniarki na wniosek pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu zmiany danych w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położ-

nych OIPiP w Łodzi – SMK w zakresie 1 kursu kwalifikacyjnego, zgodnie z wnioskiem 1 organizatora.

- ▶ Przyznano członkowi OIPiP w Łodzi 5 zapomóg losowych w wysokości: 2 × 3500 zł, 2 × 2500 zł, 1 × 2000 zł.
- ▶ Wyrażono zgodę na zwrot nadpłaty składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Podjęto decyzję w sprawie sfinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w konferencji – przyznano sfinansowanie – 3 osobom. Odmówiono 2 osobom przyznania dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych – ze względów regulaminowych.
- ▶ Podjęto decyzję w sprawie zawarcia umowy-zlecenia na ochronę mienia obiektu OIPiP w Łodzi.
- ▶ Zatwierdzono:
 - honoraria dla 3 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie nr 1–2/2023.
 - komisję kwalifikacyjną dla 1 szkolenia specjalizacyjnego, 1 kursu kwalifikacyjnego oraz 1 kursu specjalistycznego oraz komisje egzaminacyjne dla 1 kursu kwalifikacyjnego i 1 kursu specjalistycznego organizowanych i finansowanych przez OIPiP w Łodzi.
 - kadrę dydaktyczną dla 5 szkoleń specjalizacyjnych i kursu specjalistycznego realizowanych na podstawie umowy z MZ ze środków publicznych oraz organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych – naczelniej pielęgniarki oraz 5 ordynatorów oddziału

LII posiedzenie ORPiP w dniu 28 lutego 2023 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 2 pielęgniarkom.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 3 pielęgniarkom.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wydłużono termin ważności prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkowi.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących

działalność leczniczą pielęgniarek/pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 9 praktyk pielęgniarek.

- ▶ Dokonano wpisu danych w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – SMK w zakresie 1 kursu specjalistycznego, zgodnie z wnioskiem 1 organizatora.
 - Odmówiono 1 osobie przyznania dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych – ze względów regulaminowych.
- ▶ Zatwierdzono:
 - przesunięcie środków finansowych pomiędzy grupami kosztów w planie budżetu OIPiP w Łodzi na rok 2022.
 - koszty dojazdu własnymi środkami komunikacji w związku z wykonywaniem czynności na rzecz OIPiP w Łodzi przez członków komisji problemowych i pełnomocników.
 - powołanie przewodniczących i składów osobowych komisji i zespołów problemowych OIPiP w Łodzi.
 - powołanie komisji problemowych oraz zasad ich działania.
 - protokół komisji spisu z natury majątku OIPiP w Łodzi przeprowadzonego na koniec VII kadencji.
 - regulamin udzielania zapomóg członkom OIPiP w Łodzi – komunikat w Biuletynie nr 3–4/2023.
 - zasady udziału członków OIPiP w Łodzi w kształceniu podyplomowym organizowanym przez OIPiP w Łodzi ze środków własnych oraz zasad dofinansowania uczestnictwa członków OIPiP w Łodzi w określonych rodzajach kształcenia podyplomowego organizowanym przez inne podmioty i dofinansowania udziału członków OIPiP w Łodzi w różnych formach doskonalenia zawodowego – komunikat w Biuletynie nr 3–4/2023.
 - koszty wykonania nowego serwisu internetowego dla OIPiP w Łodzi.
 - koszty wykonania dodatkowych prac remontowych w siedzibie OIPiP w Łodzi.
 - koszty wykonania, dostawy i montażu kabin sanitarnych między ścianami w wyremontowanej łazience na I piętrze OIPiP w Łodzi.
 - koszty nagrody dla laureata konkursu „Blaski i cienie telemedycyny”.
 - koszty dofinansowania konferencji organizowanej przez Komisję Pielęgniarek Operacyjnych przy OIPiP w Łodzi.
 - zmiany w planie szkoleń i kursów organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w roku 2023.
 - kadrę dydaktyczną dla 6 szkoleń specjalizacyjnych realizowanych na podstawie umowy z MZ ze środków publicznych oraz organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi w 2022/2023 r.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnej 6 kursów specjalistycznych i 1 kursu kwalifikacyjnego – zgodnie z wnioskami 2 organizatorów kształcenia podyplomowego.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym – pielęgniarki przełożonej, 2 ordynatorów oddziału oraz zastępcy dyrektora ds. medycznych.

XCV posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 8 marca 2023 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarki i 1 pielęgniarka.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu położnej i wpisano do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Przyznano na czas określony prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Przedłużono termin ważności zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wymieniono na nowe zaświadczenia o prawa wykonywania zawodu położnej i wpisano do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę/pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę/pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek/pielęgniarki OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek i 1 pielęgniarka.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat:
 - wydano zaświadczenie po przerwie w wykonywaniu zawodu – 1 położnej.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 3 praktyk pielęgniarek.
- ▶ Przyznano członkowi OIPiP w Łodzi 1 zapomogę losową w wysokości: 1 × 5000 zł.
- ▶ Wyrażono zgodę na rozłożenie na raty spłaty zaległych składek członkowskich na rzecz OIPiP w Łodzi – zgodnie z wnioskiem – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Podjęto decyzję w sprawie dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w kursie specjalistycznym – 1 osobie.
- ▶ Zatwierdzono:
 - komisję kwalifikacyjną dla 1 kursu kwalifikacyjnego oraz komisje egzaminacyjne dla 7 szkoleń specjalizacyjnych i 2 kursów s na podstawie umowy z MZ ze środków publicznych oraz organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.
 - kadrę dydaktyczną dla 4 szkoleń specjalizacyjnych i kursów realizowanych na podstawie umowy z MZ ze środków publicznych oraz organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych – 5 pielęgniarek oddziałowych.

I posiedzenie ORPiP VIII kadencji w dniu 6 kwietnia 2023 r. (posiedzenie stacjonarne)

- ▶ Podjęto decyzję o wyborze i liczbie członków Prezydium ORPiP w Łodzi VIII kadencji. W skład Prezydium ORPiP w Łodzi weszli:
 - Przewodnicząca ORPiP: Anna Kacprzak
 - Wiceprzewodniczące ORPiP: Agnieszka Kałużna (pielęgniarka) i Jolanta Parafiniuk (położna)
 - Sekretarz ORPiP: Joanna Gąsiorowska
 - Skarbnik ORPiP: Halina Gmaj-Budziarek
 - Członkowie ORPiP: pielęgniarki: Mirosława Olejniczak, Renata Sobczak; położne: Halina Kępa, Małgorzata Grzegorzczak.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące działalności ORPiP na okres VIII kadencji w zakresie m.in.: upoważnienia do reprezentowania i podpisywania zobowiązań majątkowych OIPIP w Łodzi oraz oświadczeń woli w VIII kadencji, udzielenia pełnomocnictwa do prowadzenia negocjacji i podpisania umowy z MZ na przekazanie dotacji ze środków publicznych w latach 2023–2027 na zadania przejęte od organów administracji państwowej, upoważnienia do podpisywania zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu oraz zaświadczeń sprawach rejestrów podmiotów wykonujących działalność leczniczą w VIII kadencji, upoważnienia Prezydium ORPiP w Łodzi do podejmowania decyzji w określonych sprawach, bieżących wydatków finansowych w OIPIP w Łodzi.
 - ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarszy OIPIP w Łodzi – 15 pielęgniarek i 6 pielęgniarszy.
 - ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 1 położną.
 - ▶ Przyznano na czas określony prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
 - ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
 - ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
 - ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
 - ▶ Przedłużono termin ważności prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza – 2 pielęgniarkom i 1 pielęgniarszowi.
 - ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek/pielęgniarszy i położnych OIPIP w Łodzi – 3 praktyk pielęgniarek, 2 praktyk pielęgniarszy i 1 praktyki położnej.
 - ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki.
 - ▶ Dokonano wpisu danych w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – SMK w zakresie 1 kursu kwalifikacyjnym, zgodnie z wnioskiem 1 organizatora.

- ▶ Podjęto decyzję w sprawie dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w konferencji – 3 osobom.
- ▶ Wyrażono zgodę na zwrot nienależnie opłaconych składek członkowskich na rzecz OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarsze i 1 pielęgniarszowi.
- ▶ Zatwierdzono:
 - powołanie pełnomocników ORPiP w Łodzi i ich zastępców w rejonach wyborczych/zakładach na okres VIII kadencji;
 - koszty prenumeraty „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” dla rejonów wyborczych/zakładów i organów OIPIP w Łodzi w 2023 roku;
 - koszty udziału przedstawicieli OIPIP w Łodzi w konferencji z okazji 5. rocznicy beatyfikacji pielęgniarki bł. H. Chrzanowskiej;
 - koszty zakupu sprzętu IT – licencji do biura OIPIP w Łodzi;
 - koszty prac związanych z pielęgnacją terenu zielonego przyległego do OIPIP w Łodzi;
 - objęcie patronatem honorowym OIPIP w Łodzi szkolenia „Nauka badania klinicznego i samobadania piersi”;
 - komisję kwalifikacyjną dla 2 kursów specjalistycznych 1 kursu kwalifikacyjnego oraz komisje egzaminacyjne dla 3 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi;
 - kadre dydaktyczną dla 4 kursów specjalistycznych, 1 kursu kwalifikacyjnego i 2 szkoleń specjalizacyjnych realizowanych na podstawie umowy z MZ ze środków publicznych oraz organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi oraz zmiany w zakresie opiekuna zajęć praktycznych na kursie specjalistycznym.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do komisji egzaminacyjnej 7 kursów specjalistycznych i 2 kursów kwalifikacyjnych – 2 organizatorów kształcenia podyplomowego.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowisko kierownicze w podmiocie leczniczym – 15 pielęgniarek oddziałowych oraz 1 zastępcy kierownika podmiotu leczniczego.

I posiedzenie Prezydium ORPiP VIII kadencji w dniu 25 kwietnia 2023 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarszy i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarszy OIPIP w Łodzi – 6 pielęgniarek i 2 pielęgniarszy.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu położnej i wpisano do rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 2 położne.
- ▶ Przyznano na czas określony prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.

- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarek i 1 praktyki pielęgniarsza.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki, 1 praktyki pielęgniarsza oraz 1 praktyki położnej poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Dokonano wpisu danych w rejestrze podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – SMK w zakresie 1 kursu specjalistycznego.
- ▶ Przyznano członkom OIPIP w Łodzi 6 zapomóg losowych.
- ▶ Podjęto decyzję w sprawie dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w szkoleniu – 1 osobie. Odmówiono przyznania dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym – 2 osobom.
- ▶ Wyrażono zgodę na rozłożenie na raty spłaty zaległych składek członkowskich na rzecz OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarsze.
- ▶ Zatwierdzono:
 - honoraria dla 1 autora artykułu opublikowanego w Biuletynie nr 3–4/2023;
 - komisje kwalifikacyjne dla 2 kursów specjalistycznych i komisje egzaminacyjne dla 2 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi;
 - kadre dydaktyczną dla 3 kursów specjalistycznych, 1 kursu kwalifikacyjnego i 2 szkoleń specjalizacyjnych realizowanych na podstawie umowy z MZ ze środków publicznych oraz organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi oraz zmiany w zakresie zmiany wykładowców i opiekunów grup;
 - koszty zakupu licencji elektronicznej SMScat i modemu do działu kształcenia OIPIP w Łodzi oraz wzmacniacza miksującego do wyposażenia sali wykładowej OIPIP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych – pielęgniarki naczelnej, 2 pielęgniarek przełożonych i 7 pielęgniarek oddziałowych.

II posiedzenie Prezydium ORPiP VIII kadencji w dniu 24 maja 2023 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarszy i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarszy OIPIP w Łodzi – 4 pielęgniarek i 1 pielęgniarsza.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Przyznano warunkowe prawo wykonywania zawodu położnej i wpisano do rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 3 położne.

- ▶ Przyznano na czas określony prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wpisano pielęgniarkę do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 5 pielęgniarek.
- ▶ Wykreślono pielęgniarkę z rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Przedłużono termin ważności zaświadczenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarki – 7 pielęgniarkom.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, zgodnie z Programem przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat: skierowano na przeszkolenie – 3 pielęgniarki.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 4 praktyk pielęgniarek i 4 praktyk pielęgniarsza.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarki, poprzez zmianę miejsca wykonywania praktyki.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 2 praktyk pielęgniarki na wniosek pielęgniarek.
- ▶ Przyznano członkom OIPIP w Łodzi 3 zapomogi losowe.
- ▶ Podjęto decyzję w sprawie dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych w konferencji – 1 osobie oraz w kursie specjalistycznym – 1 osobie. Odmówiono przyznania dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym – 5 osobom, ze względów regulaminowych.
- ▶ Wyrażono zgodę na zwrot nienależnie opłaconych składek członkowskich na rzecz OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarsze.
- ▶ Wyrażono zgodę na rozłożenie na raty spłaty zaległych składek członkowskich na rzecz OIPIP w Łodzi – 3 pielęgniarkom.
- ▶ Zatwierdzono:
 - komisje kwalifikacyjne dla 1 kursu specjalistycznego i komisje egzaminacyjne dla 2 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi;
 - kadre dydaktyczną dla 5 kursów specjalistycznych organizowanych i finansowanych z budżetu OIPIP w Łodzi oraz zmiany w zakresie zmiany wykładowców;
 - koszty zakupu i wykonania wiaty śmietnikowej na terenie OIPIP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli OIPIP do komisji egzaminacyjnej 3 kursów specjalistycznych – zgodnie z wnioskami 2 organizatorów kształcenia podyplomowego.
- ▶ Wytypowano przedstawicieli ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych – 9 ordynatorów.

oprac. mgr Joanna Gąsiorowska
Sekretarz ORPiP w Łodzi



W dniach 15–17 maja 2023 r. odbył się w Warszawie VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi reprezentowali delegaci wybrani na XXXVII Okręgowym Zjeździe.

Pierwszego dnia Krajowy Zjazd rozpoczął się częścią oficjalną, podczas której przedstawiono podsumowanie pracy naczelnych organów w VII kadencji. Na zjeździe Zofia Małas Prezes Naczelnej Rady odznaczyła zasłużone pielęgniarki i położne „Oznaką Zasłużony dla Samorządu Pielęgniarek i Położnych” oraz odznaką honorową osoby i instytucje. Z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi złotą odznakę otrzymała Przewodnicząca ORPiP VI i VII kadencji Agnieszka Kałużna.

Na części oficjalnej przybyło wielu gości: przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Socjalnej, urzędów, instytucji, obecni byli również przedstawiciele samorządów zaufania publicznego.

Drugiego dnia rozpoczęła się część sprawozdawczo-wyborcza zjazdu, gdzie po przekazaniu sprawozdań z pracy wszystkich naczelnych organów dokonano wyborów: Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Przewodniczącego Naczelnego Sądu, Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej oraz członków Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Komisji Rewizyjnej, Naczelnego Sądu oraz zastępców Naczelnego Rzecznika.

Najważniejsze stanowiska i decyzje podjęte na VII Krajowym Zjeździe opublikujemy na kolejnych stronach. (J. G.)

Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji:
Mariola Łodzińska – OIPiP w Radomiu

Przewodnicząca Naczelnej Komisji Rewizyjnej VIII kadencji:
Małgorzata Sobania – OIPiP w Gdańsku

Przewodniczący Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji:
Janusz Ślęzak – OIPiP w Szczecinie

Naczelnny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji:
Grażyna Rogala-Pawelczyk – OIPiP w Lublinie

Delegaci OIPiP w Łodzi wybrani zostali do:

Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych:
Agnieszka Kałużna – pielęgniarka

Naczelnej Komisji Rewizyjnej:
Jolanta Arendarczuk – pielęgniarka

Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych:
Katarzyna Warmińska – pielęgniarka

Zastępcy Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:
Katarzyna Babska – pielęgniarka
Agnieszka Piątkowska – położna

Apel nr 1

VIII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 maja 2023 r.

w sprawie podjęcia działań zmierzających do wprowadzenia w Ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych zmian umożliwiających odliczenie pełnej kwoty składki członkowskiej na samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych od podstawy obliczania opodatkowania

Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych apeluje do Ministra Zdrowia i Ministra Finansów o podjęcie działań zmierzających do wprowadzenia w Ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych zmian umożliwiających odliczenie pełnej kwoty składki członkowskiej na samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych od podstawy obliczania opodatkowania.

Uzasadnienie

Przepis art. 26 ustawy z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych wskazuje, że podstawę obliczenia podatku stanowi dochód po odliczeniu określonych kwot. Wśród wymienionych kwot nie znalazły się kwoty przeznaczane przez pielęgniarki i położne tytułem składki na samorząd. Uważamy, że obecny stan prawny powinien być jak najszybciej zmieniony.

Składka na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych jest świadczeniem obowiązkowym – każda pielęgniarka i położna zobowiązana jest taką składkę uiszczać w określonej wysokości. Podkreślenia wymaga, że ze składek finansowana jest działalność samorządu, a zatem działalność w przeważającej mierze o charakterze publicznym. Samorząd – wykorzystując środki pochodzące ze składek członkowskich – realizuje ustawowo określone zadania.

Zadaniami samorządu są w szczególności:

- 1) sprawowanie pieczy nad należyтым wykonywaniem zawodów;
- 2) ustalanie i upowszechnianie zasad etyki zawodowej oraz sprawowanie nadzoru nad ich przestrzeganiem;
- 3) ustalanie standardów zawodowych i standardów kwalifikacji zawodowych obowiązujących na poszczególnych stanowiskach pracy;
- 4) współdziałanie w ustalaniu kierunków rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa;
- 5) integrowanie środowiska pielęgniarek i położnych;
- 6) obrona godności zawodowej;
- 7) reprezentowanie i ochrona zawodów;
- 8) zajmowanie stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia;
- 9) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia.

Uważamy zatem, że pielęgniarki i położne powinny mieć możliwość odliczenia w całości kwoty przekazanej tytułem składki od dochodu będącego podstawą opodatkowania.

Ufamy, że mając na względzie przedstawione powyżej argumenty, podejmą Państwo działania zmierzające do wprowadzenia właściwych zmian w Ustawie z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych.

Sekretarz Zjazdu
Andrzej Tytuła

Przewodniczący Zjazdu
Sebastian Irzykowski

Stanowisko Nr 1
VIII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
z dnia 17 maja 2023 r.

w sprawie poparcia obywatelskiej inicjatywy ustawodawczej

VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych popiera projekt Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalenia najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Sekretarz Zjazdu
Andrzej Tytuła

Przewodniczący Zjazdu
Sebastian Irzykowski

Uchwała nr 18
VIII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
z dnia 17 maja 2023 r.

w sprawie uchwalenia „Kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”

Na podstawie art. 20 pkt 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 2021, poz. 628) uchwała się, co następuje:

- § 1. Uchwała się „Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej”, który stanowi załącznik do niniejszej uchwały.
§ 2. Traci moc uchwała nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003 r. w sprawie ustalenia zasad etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej.
§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Zjazdu
Andrzej Tytuła

Przewodniczący Zjazdu
Sebastian Irzykowski

Uchwała nr 20
VIII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
z dnia 17 maja 2023 r.

w sprawie programu samorządu pielęgniarek i położnych na okres VIII kadencji

Na podstawie art. 20 pkt 3 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2021 r., poz. 628) uchwała się, co następuje:

§ 1. VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, obradujący w dniach 15–17 maja 2023 r. w Warszawie, jako najwyższy organ samorządu pielęgniarek i położnych, przedstawia priorytetowe zadania samorządu na rozpoczynającą się kadencję.

I. Kształcenie przeddyplomowe

1. Utrzymanie kształcenia dwustopniowego – studia I i II stopnia w zawodach pielęgniarki i położnej.
2. Kształcenie na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo na zasadach kierunków zamawianych.
3. Współpraca samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych z Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Edukacji i Nauki w zakresie planowego uruchamiania kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo, zgodnie z zabezpieczeniem społeczeństwa w świadczenia zdrowotne realizowane przez pielęgniarki i położne.
4. Wzmocnienie działań w kierunku poprawy jakości prowadzonego kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo.
5. Współpraca samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych z Ministrem Zdrowia oraz Ministrem Rodziny i Polityki Społecznej w celu zagwarantowania możliwości podjęcia przez absolwentów na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo – zatrudnienia w podmiotach leczniczych (po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu).

II. Kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

1. Wdrożenie systemu akredytacji dla podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych.
2. Wprowadzenie mechanizmów weryfikacji obowiązków aktualizacji i podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki i położne w formie aktu prawnego.
3. Określenie kompetencji zawodowych po ukończeniu poszczególnych rodzajów i dziedzin kształcenia podyplomowego, oraz wskazaniem uprawnień do realizacji poszczególnych świadczeń zdrowotnych.
4. Wprowadzenie zmian w systemie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych ze szczególnym uwzględnieniem zmian w kształceniu przeddyplomowym.

III. Poprawa warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej

1. Prowadzenie systematycznych badań, potrzeb i oczekiwań środowiska pielęgniarek i położnych, monitorowanie demografii kadr pielęgniarek i położnych i podejmowanie działań zgodnie z potrzebami środowiska.
2. Opracowanie, wdrożenie i ewaluacja standardów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa i położnictwa.
3. Określenie, w aktach prawnych, liczby i kwalifikacji pielęgniarek i położnych w poszczególnych zakresach świadczeń zdrowotnych jako bezwzględnie kryterium finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.
4. Podejmowanie działań w zakresie zwiększenia bezpieczeństwa wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, ze szczególnym uwzględnieniem rozwiązań dotyczących zapobieganiu zdarzeniom niepożądanym.
5. Kontynuacja i monitorowanie działań zapewniających należyte wykonywanie zawodów oraz zmierzających do wzrostu poziomu jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki pielęgniarskiej i położniczej, zgodnie z zasadami zawartymi w Kodeksie Etyki i należyta starannością.
6. Nowelizacja przepisów w zakresie określonych współczynników pracy dotyczących wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych z uwzględnieniem posiadanych kwalifikacji w ramach kształcenia podyplomowego oraz doświadczenia zawodowego.
7. Kontynuacja działań w zakresie utrzymania praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych w ramach działalności gospodarczej w systemie ochrony zdrowia, przede wszystkim w podstawowej opiece zdrowotnej, opiece długoterminowej i hospicyjnej.
8. Zintegrowanie działań samorządu zawodowego z Ministerstwami resortowymi (np. Ministrem Rodziny, Ministrem Edukacji i Nauki, Ministrem Rodziny i Polityki Społecznej, Ministrem Obrony Narodowej) oraz konsultantami krajowymi, wojewódzkimi w dziedzinach pielęgniarstwa, stowarzyszeniami i towarzystwami naukowymi, związkami zawodowymi w celu rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa, poprawy jakości kształcenia przed i podyplomowego, podniesienia prestiżu zawodów oraz poprawy warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych.

- § 2. Zobowiązuje się organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do realizacji przepisów niniejszej uchwały.
§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Moje słodkie maleństwo i masturbacja?! Już samo zestawienie obok siebie tych dwóch pojęć jest nie do przyjęcia w świadomości większości dorosłych. Zobaczmy, czym to może skutkować.

Masturbacja (gr. *manus* – ręka; *stupratio* – zabrudzenie, zanieczyszczenie, splamienie) w dosłownym znaczeniu oznacza „pobudzanie własnych narządów płciowych rękami lub różnymi przedmiotami w celu wywołania u siebie rozkoszy seksualnej”. Jest obecna we wszystkich fazach rozwoju życia seksualnego człowieka. Kiedy zachowania te występują u najmłodszych, są nazywane masturbacją dziecięcą. Można też spotkać inne terminy – onanizm dziecięcy czy zabawa narządami płciowymi (sex play, genitalplay), którą definiuje się jako dotykanie swojego ciała w chwili napięcia, doświadczania lęku lub zawstydzienia. Sex play to także eksploracja narządów płciowych bez doprowadzenia się do stanów przyjemnego podniecenia. Tak więc dziecko w trakcie masturbacji dąży do osiągnięcia uspokojenia (cel emocjonalny), eksploruje swoje



„Rączki na kołderkę”

czyli fakty i mity o masturbacji dziecięcej

dr n. o zdr. **MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK**

ciało (cel poznawczy), ale nie jest nastawione na osiągnięcie intensywnej przyjemności.

Masturbacja dziecięca od szeregu lat stanowi źródło kontrowersji i burzliwych dyskusji, głównie dlatego, że dotyczy najmłodszych, którzy są uznawani za istoty aseksualne. Dodajmy do tego zniekształconą i ubogą wiedzę większości dorosłych na temat seksualności dziecięcej, a w efekcie skutkuje to traktowaniem zjawiska sex play na równi z patologicznymi zachowaniami seksualnymi prezentowanymi przez pełnoletnich. Często rodzice wstydzą się pytać, czy z ich pociechą wszystko jest w porządku i reagują w sposób, który szkodzi; krzyczą na dziecko i karzą je za „takie zachowania”. Szczególnie jest to widoczne w krajach, gdzie wartość kobiety jest wyznaczana przez brak jakichkolwiek doświadczeń seksualnych przed zawarciem małżeństwa. O ile więc mogą być tolerowane zachowania masturbacyjne

u chłopców, o tyle w żadnym stopniu nie są one akceptowane u córek. Co więcej w krajach o niskim poziomie edukacji seksualnej (lub pozbawionych takiej edukacji) często oznacza to rezygnację ze specjalistycznego leczenia dzieci, jeśli zachodzi taka potrzeba, na rzecz szukania pomocy u znachorów. Warto więc wiedzieć, kiedy masturbacja jest zachowaniem rozwojowym, a kiedy odbiega od normy i niezbędna jest pomoc specjalisty.

Zacznijmy od najbardziej powszechnego mitu, wedle którego masturbują się tylko dzieci, które ukończyły 13 rok życia (zgodnie z błędną koncepcją, według której właśnie w tym okresie „budzi się” seksualność dziecka). Fakty są następujące: masturbacja może pojawić się nawet w okresie niemowlęcym. Zdarza się, że do pediatry zgłaszają się rodzice, którzy podejrzewają u swojego dziecka napady padaczkowe, ponieważ ich malec wykonuje dziwne ruchy („wyginanie się

w banana”), czerwienieje, poci się i w końcu zasypia. Aby zorientować się, czy zachowanie dziecka jest masturbacją, czy wskazuje na występowanie napadów padaczkowych, można skorzystać, min., z kryteriów typu: czas trwania (w przypadku masturbacji zazwyczaj jest on długi i trwa do 30 minut, w napadzie padaczkowym – kilka minut, rzadko powyżej 10 minut); obecność aury – w masturbacji brakuje charakterystycznej dla napadów aury; stan świadomości – w sex play dziecko nie traci świadomości i można mu przerwać przez rozproszenie uwagi, co jest niemożliwe w przypadku wystąpienia napadu padaczkowego. Wreszcie epizody masturbacji nie występują w trakcie snu, dziecko łatwo i nagle wychodzi z przyjętej wcześniej pozycji ciała i nie ma ryzyka wystąpienia konsekwencji w postaci niepełnosprawności intelektualnej. Napad padaczkowy może wystąpić w trakcie snu, dziecko ma trudności z wyjściem z przyjętej wcześniej pozycji ciała, a konsekwencją napadów może być niesprawność intelektualna.

Według drugiego, równie powszechnego w kulturze polskiej mitu, masturbacja dziecięca jest przejawem zaburzeń rozwojowych. Tymczasem jest dokładnie odwrotnie! Dla dziecka pozbawionego wiedzy poznawczej na temat seksual-

ności, całkowicie naturalne i zdrowe jest to, że, jeśli odkryje przyjemność płynącą z pobudzania się, to dąży, zgodnie z zasadami wzmocnień behawioralnych, do powtarzania takich zachowań. Mówiąc inaczej – dziecko się pobudza, bo to jest dla niego miłe, dlatego nie należy traktować sex play jako zaburzeń rozwojowych.

Czas na fakty

Faktem jest, że wszystkie zachowania seksualne dziecka (obejmujące: masturbację, zabawy w doktora, zabawy w dom, dziecięcy ekshibicjonizm) są ściśle powiązane z jego rozwojem poznawczym, emocjonalnym i społecznym. Pojawiają się w każdym wieku, ale najpełniej uwidaczniają się w okresie przedszkolnym. Popatrzmy, jak kształtują się pewne zachowania z związane z ciekawością ciała u dzieci w wieku 2–3 lat i starszych.

Dzieci w okresie 2–3 lat są świadome siebie i swoich ciał; uczą się, że różnią się od rówieśników i osób dorosłych. Są ciekawe własnego ciała – często badają je dokładnie, pokazują swoje narządy płciowe, a także rozmyślnie ich dotykają, ponieważ sprawia im to przyjemność. W tym okresie dzieci przejawiają silną potrzebę kontaktu fizycznego – lubią siadać na kolanach i być przytulane. Dzieci w wieku 3–6 lat prezentują najwyższą liczbę zachowań seksualnych (w grupie 2–11 lat). Uczą się, że osoby dorosłe nie pozwalają na eksponowanie publicznie swojego ciała i dotykanie siebie lub innych, dlatego mniej chętnie chodzą nago i nie dotykają swoich sfer intymnych w miejscach publicznych. Badają własne ciało, wykorzystując do tego zabawy (najpierw jawnie, później „w sekrecie”) oraz interesują się zagadnieniami związanymi z prokreacją. W tym wieku dzieci wiedzą, że są dziewczynkami lub chłopcami i że będą nimi już zawsze. Zdarza się, że mówią, że są zakochane, np. w mamie albo w... króliku. To „zakochanie” nie ma nic wspólnego z odczuwaniem seksualności i pożądania. Najczęściej jest wyrazem sympatii. W tym czasie zachowaniami typowymi dla dzieci są: dotykanie genitaliów, masturbacja w miejscach publicznych (prywatnych), oglądanie lub dotykanie genitaliów rówieśników lub nowo narodzonego rodzeństwa, pokazywanie genitaliów rówieśnikom, stanie lub siedzenie zbyt blisko innych i próby oglądania nagości rówieśników bądź dorosłych. Dzieci w wieku 6–9 lat czują się nieswojo, kiedy są nagie w obecności innych osób, jednak nadal są zainteresowane sprawami związanymi z prokreacją. Zadają jednak mniej pytań na ten temat, ponieważ zorientowały się, że seks jest tematem tabu i nie powinno się o nim mówić w miejscach publicznych. Dużo fantazjują (także na temat zakochania się w osobie tej samej płci) i często właśnie w tym okresie po raz pierwszy doświadczają uczucia zakochania. Dzieci w wieku 10–11 lat zaczynają bardziej interesować się seksualnością osób dorosłych i częściej fantazjują na ten temat; zaczynają ostrożnie „zalecać się” do siebie (trzymanie się za ręce, pierwsze pocałunki). W tym okresie znacząco spada częstotliwość zachowań masturbacyjnych.

Wyróżniamy trzy typy masturbacji dziecięcej. W okresie dziecięcym najczęściej występuje masturbacja rozwojowa (80% wszystkich przypadków), która wiąże się z zaspokojeniem potrzeby przyjemności. Dziecko eksplorując swoje ciało odkrywa, że dotykanie pewnych miejsc jest przyjemne (jednakże ten rodzaj przyjemności nie jest tożsamy z przyjemnością seksualną, jaką czerpie z aktywności seksualnej osoba dorosła!). Masturbacja rozwojowa ma powtarzalny schemat (tj. przy każdorazowym podjęciu aktywności ma zazwyczaj podobny przebieg), jest niejawną (dziecko masturbuje się na osobności, bez zwracania na siebie tym uwagi), podatna na wpływ (daje się modyfikować, np. kiedy rodzice łagodnie tłumaczą dziecku, w jakich miejscach można takie zachowania podejmować lub próbują przekierować uwagę dziecka na inne rodzaje aktywności) i nie jest uporczywa. Najczęściej przemija samoistnie. Ponieważ w zasadzie nie istnieje tutaj żadne ryzyko wystąpienia zaburzeń, nie wymaga się od opiekunów podejmowania żadnych specjalnych działań. Sam fakt, że dziecko czerpie przyjemność z dotykania swojego ciała, nie oznacza, że „coś z nim nie tak”. Kiedy dziecko zaczyna traktować swoje ciało jak poligon do przeprowadzania eksperymentów, mamy do czynienia z masturbacją eksperymentalną, która stanowi 12 proc. przypadków. Ten rodzaj sex play jest nastawiony na zaspokojenie ciekawości, nie ma stałego schematu, jest jawny, ale najczęściej przemija po adekwatnej interwencji osób dorosłych, która w tym przypadku jest niezbędna, ze względu na wysokie ryzyko uszkodzenia swojego ciała (np. przy próbach wprowadzania jakiegos przedmiotu do cewki moczowej, pochwy czy odbytu). 8 proc. pozostałych przypadków sex play stanowi, nastawiona na zaspokojenie zdeprywowanej potrzeby (głównie bezpieczeństwa i bliskości), masturbacja instrumentalna. Charakteryzuje się ona powtarzalnym schematem, jest jawna, demonstracyjna i trwa uporczywie, aż do momentu usunięcia przyczyny jej pojawienia się. W tym przypadku masturbacja jest sposobem na rozładowanie napięcia, z którym dziecko sobie nie radzi.

Kiedy u malucha występuje masturbacja koniecznie trzeba przyjrzeć się jego funkcjonowaniu całościowo, aby zidentyfikować przyczynę tych zachowań. W tym przypadku niezbędna może okazać się pomoc specjalisty, ponieważ masturbacja instrumentalna najczęściej jest „wołaniem o pomoc” – dziecko próbuje w ten sposób zwrócić uwagę dorosłych na problem, z którym nie umie sobie poradzić. Obowiązkiem opiekunów jest dostrzec to zachowanie, zrozumieć jego sens i udzielić właściwej pomocy. Karanie i zastraszanie dziecka za zachowania masturbacyjne są absolutnie zakazane!

Czy „to” się kiedyś skończy?

Tak. Rozwojowo – po nasileniu ekspresji seksualnej w okresie przedszkolnym masturbacja ulega osłabieniu. Jest to związane z rozpoczęciem edukacji szkolnej i podejmowaniem wielu nowych ról społecznych.

Jak zachować się, gdy rodzic zauważy, że dziecko się masturbuje? Czy niezbędna jest pomoc specjalisty?

Generalnie w przypadku masturbacji, tak jak w przypadku wszystkich innych zachowań dziecka zasada jest prosta – jeśli jakiegokolwiek zachowanie potomstwa budzi niepokój, warto skonsultować się ze specjalistą. Jest to potrzebne, aby uniknąć niewłaściwych reakcji na zachowania rozwojowe. Potrzebna jest „uwaga czujność”, dzięki której można obserwować zachowania dziecka i ich dynamikę bez nadmiernego emocjonalnego reagowania. Zanim udamy się do specjalisty, warto sprawdzić, czy dziecko nie ma zbyt obcisłej bielizny czy rajstop, które podrażniają okolice intymne lub czy nie rozwija się infekcja dróg moczowych. Czasami masturbacja może być efektem deprywacji dotykowej, której doświadcza dziecko zbyt rzadko przytulane i mało noszone na rękach. Sex play ma wówczas charakter instrumentalny i kompensuje deficyty sensoryczne związane z niezaspokojeniem potrzeby bliskiego kontaktu. W tej sytuacji masturbacja jest wykorzystywana przez dziecko jako sposób na poradzenie sobie z tym deficytem. Tak może zdarzyć się w rodzinach, gdzie występuje depresja bądź rodzice prezentują model wychowawczy typu „zimny chów”. Bezwzględnie powinny zaalarmować opiekunów zachowania seksualne prezentowane przez dziecko nie adekwatne do poziomu jego rozwoju (np. odgrywanie zachowań typowych dla osób dorosłych). Wizyta u specjalisty będzie konieczna także wtedy, kiedy zachowania seksualne stają się dominującą aktywnością i utrudniają realizację zadań rozwojowych przewidzianych dla okresu dziecięcego.

Czy rozmawiać z dzieckiem o masturbacji?

To pytanie często nurtuje opiekunów, a szczególnie tych, którzy mają problem z własną seksualnością. Niektórzy z nas zostali wychowani w przekonaniu, że ciało jest czymś nieczystym, a seks jest tematem tabu. W tym przypadku specjaliści bardziej potrzebują dorośli niż dziecko, aby dowiedzieć się, jakie są prawidłowości rozwoju małego dziecka. Taka interwencja znacząco obniża lęk rodziców przed stygmatyzacją syna czy córki i znacząco może zmniejszyć ryzyko niewłaściwych reakcji na sex play. Rolą świadomych opiekunów jest zadbanie o kształtowanie prawidłowego myślenia o swoim ciele i seksualności. Proces ten warto rozpocząć od mądrego podejścia do tematu masturbacji. Dziecko, które się masturbuje, nie wie, że to, co robi, jest kłopotliwe dla innych. Warto więc poważnie porozmawiać z córką, synem i wyjaśnić, że rzeczy intymne robimy tylko wtedy, kiedy jesteśmy sami. Nie wolno karać ani krzywić na dziecko, bo może prowadzić to do przekonania, że „te” okolice i seksualność są czymś złym, a to oznacza prawdziwe kłopoty w dorosłym życiu.

dr n. o zdr. Monika Kowalska-Wojtysiak
psycholog, coach kryzysowy
Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie, UMED w Łodzi

Zastosowanie pozycji wertykalnych w porodzie fizjologicznym

mgr MAŁGORZATA KURPIOS-KOSIŃSKA
dr n.med. BOGUSŁAWA RUDNICKA

Standard organizacyjny opieki okołoporodowej popularyzuje nawrót do wrodzonych zachowań podczas porodu. Wskazuje on, że zarówno w I jak i w II okresie porodu można przyjmować dowolne pozycje, a w nich również wertykalne, inaczej pionowe. Historia potwierdza, iż stosowanie przy porodzie pozycji wertykalnych ma swoje korzenie już w starożytności. Obserwacje kobiet rodzących pokazały, że pionowa pozycja ciała pozwala zmniejszyć ból oraz przyspieszyć poszczególne okresy porodu.

Analizując historię porodów, starożytny Babilon był prekursorem porodów w pozycjach wertykalnych. Różne przedmioty takie jak: taborety porodowe przedstawiają nam namiastkę udogodnień podczas porodu, liny bądź chusty, które umożliwiają poród w pozycji stojącej pozwalają zapewnić stabilność ciała i modyfikację kąta pochylecia. Odnajdując historyczne elementy związane z porodem można przytoczyć jedną z płaskorzeźb ukazujących poród Kleopatry w pozycji kucznej. W starożytnych Chinach kobiety rodziły zazwyczaj w pozycji kłęczącej, natomiast w starożytnej Grecji na domowym krześle. Krzesło porodowe do XVIII w. było dodatkiem do wyposażenia każdej akuszerki. Wizerunek takiego krzesła porodowego był zależny od statusu zamożności kobiety. Jedne damy posiadały krzesła zdobione drogocennymi kamieniami inne niemajątne rodziły na prostych, drewnianych taboretach.

Zmiany w technice przyjmowania porodu pojawiły się za czasu panowania Ludwika XIV, który postanowił być świadkiem narodzin swoich dzieci. Nakazał stosować kobietom rodzącym pozycje horyzontalną, leżąc na plecach. Podczas obserwacji w takiej pozycji poród stał się trudniejszy, dłuższy i bardziej bolesny. W wyniku takiej sytuacji porody te wymagały interwencji położniczych z użyciem np. kleszczy porodowych. Poród odbywał się na specjalnym łóżku bez poręczy, łóżko było przesuwane, często z baldachimem. Najlepsze warunki porodu miały zapewnione kobiety z wyższych sfer.

Kulturoznawcy opinują, iż niezależnie z jakiego regionu świata dana społeczność pochodzi, czy z Europy czy z Azji, w porodzie przeważały pozycje wertykalne. Stale w różnych miejscach świata, kobiety przygotowujące się do porodu preferują pozycje naturalne. Uważają, że pozycje te są najlepszym sposobem na łagodzenie bólu porodowego.



Korzyści pozycji wertykalnych

Szereg autorów opisujących funkcjonalność pozycji wertykalnych zauważyło znaczną przewagę nad pozycjami na wznak. Badacze wielu publikacji zaobserwowali przeważającą część kobiet podczas porodu, które instynktownie zaczynają chodzić, kucać, podparć się o różne przedmioty. Często rodzące, pozycje swojego ciała dostosowują do siły skurczu i poszczególnych faz porodu. Ówczesne badania wykazały, iż przymioty pozycji wertykalnych podczas porodu korzystnie wpływają na jego przebieg, powodzenie położnicze i skrócenie czasu porodu.

Walory porodu w pozycji pionowej

Szybsze rozwarcie szyjki macicy. Pionizacja kobiety podczas porodu powoduje silniejsze parcie na szyjkę macicy, w konsekwencji szybsze rozwieranie jej. Dzięki sile grawitacji główka płodu intensywnie naciska na szyjkę macicy.

Odpowiednia siła parcia. Badania naukowe dowodzą, iż wymiar prosty płaszczyny wchodu zwiększa się o 1,5 cm dając aż 12,5 cm w pozycji siedzącej oraz kucznej. Dla porównania w pozycji leżącej wymiar prosty płaszczyny wchodu miednicy wynosi 11 cm. Wnioski były proste, kanał rodny skierowany jest do dołu w tej pozycji, a dodatkowym atutem jest pomoc sił grawitacyjnych.

Regresja urazów kroczu. Z doświadczenia wielu położniczych pozycja horyzontalna u rodzących przyczynia się do obrażeń

krocza, poprzez napieranie główki płodu na tkanki w okolicach krocza. Sytuacja ta stwarza możliwość wielorakich urazów perineum. W sposób naturalny pozycje wertykalne zwiększają rozluźnienie mięśni krocza. Z badań dotyczących urazów krocza skojarzonych z pozycjami wertykalnymi w krajach skandynawskich, wysunięto wnioski, że podczas porodów domowych z zastosowaniem różnych pozycji porodowych odsetek urazów bądź nacięć krocza zmniejszył się.

Efektywne skurcze porodowe. Poród z wykorzystaniem pozycji wertykalnych stabilizuje wydatek energetyczny, zgodnie z fizjologią pracy organizmu. Podczas tego typu form udogodnień w porodzie, czas procesu narodzin może skrócić się nawet o 35 proc. Uszczuplony czas przebiegu porodu jest możliwy wtedy, gdy skurcze macicy stają się wysokowydajne, mniej bolesne i regularne. Taki sukces można zawdzięczać odpowiednio dobranymi pozycjami porodowymi, które stają się niefarmakologicznymi metodami łagodzenia bólu w porodzie.

Prawidłowe oddychanie podczas porodu. W czasie porodu w pozycji horyzontalnej prawidłowy oddech podczas porodu staje się niedogodny. W tej pozycji ruch przepony jest utrudniony. Natomiast wykorzystanie pozycji pionowej w porodzie daje możliwość prawidłowego toru oddechu. Poprzez należycie dobrany oddech podczas porodu łożysko staje się lepiej ukrwione. Wpływa to na sprawną wymianę gazową między matką a płodem.

Zmniejszenie napięcia emocjonalnego. W trakcie trwania porodu możliwość poruszania się i przybierania swobodnych pozycji, zmniejsza odczucie lęku oraz napięcia emocjonalnego. Kobieta, gdy ma możliwość naturalnie decydować o swoim ciele podczas porodu postrzega siebie jako zdrową i na tyle silną, aby pokonać ból i lęk.

W trakcie porodu kobieta może zmieniać pozycje ciała uzależniając je od fazy porodu, intensywności skurczów macicy i własnego samopoczucia. Pozycje wertykalne w czasie porodu są udogodnieniem dla rodzących z brakiem przeciwwskazań medycznych. Korzystając z dostępnych pomocy kobieta podczas rozwiązania może chodzić, stać, kręcić biodrami, klękać, siadać czy kucać. Wykorzystuje do tego specjalnie przygotowane akcesoria dostępne na bloku porodowym m.in.: krzesło porodowe, piłkę rehabilitacyjną, łóżko bądź fotel porodowy, drabinkę, materac lub podwieszane szarfy do porodu.

Przykłady pozycji stosowanych w I okresie porodu

Pierwsza faza porodu rozpoczyna się od momentu wystąpienia regularnej czynności skurczowej mięśnia macicy, aż do pełnego rozwarcia szyjki macicy. W tej fazie kobieta może przyjmować następujące pozycje.

Pozycja stojąca. Przykład takiej metody wykorzystywany jest w I jak i w II fazie porodu. Pozycja ta sprzyja odprężeniu. W pozycji stojącej proponowane jest chodzenie lub w miejscu



Ostatnimi czasy popularny staje się ruch w czasie porodu. Kobieta aktywnie przechodząc przez całość porodu powraca do instynktownych zachowań dobierając odpowiednie udogodnienia. Pozycje wertykalne wraz z przedmiotami dostępnymi na bloku porodowym dają możliwość naturalnie przebrnąć przez czas porodu.

zataczanie kół biodrami. Wykorzystując tą technikę rodząca zmniejsza lęk porodowy i potrafi się odprężyć. Dużą zaletą tej pozycji jest swobodne obniżanie się główki w kanale rodny z wykorzystaniem siły grawitacji. Zauważono, iż część przodująca szybciej zstępuje w kanał rodny w pozycji stojącej. Sprzyja temu ruchomość stawów miednicy. Jest to jedna z idealnych pozycji dla rodzących samodzielnie.

Pozycja w klęku z wychyleniem się rytmicznie do przodu. Kobieta klęczy na jednym kolanie a drugą nogę ma zgiętą w stawie kolanowym i postawioną na stopie. Dłonie opiera na zgiętym kolanie i rytmicznie porusza miednicą do przodu i do tyłu. Pozycja polecana w I fazie porodu. Jej atutem jest skracanie czasu trwania I okresu porodu. Ze względu, iż w tej pozycji powiększa się obwód miednicy, pozycja ta polecana jest przy dłuższej masie płodu.

Pozycja z wykorzystaniem piłki gimnastycznej w porodzie. Ważny jest odpowiedni dobór wielkości piłki do wielkości rodzącej. Polecane jest siadanie na piłce w lekkim rozkroku tak, aby

miednica była maksymalnie wysunięta do tyłu. Stopy kobiety powinny całe opierać się na podłodze. Podczas siedzenia na piłce zaleca się stosowanie lekkiego kołistego ruchu biodrami. W tym czasie okolica lędźwi jest odciążona, a pozycja ta sprzyja nabraniu sił na dalszą część porodu. W trakcie przerwy między skurczami rodząca może położyć głowę i ręce na łóżku, wykorzystując ten czas na odpoczynek. Inną pozycją relaksacyjną jest klęk przy piłce, który pomaga w regeneracji sił.

Klęk poziomy. W czasie tej pozycji rodząca siedzi na łydkach i piętach, ze zgiętymi i szeroko rozstawionymi kolanami. Jej ciało jest pochylone do przodu. Warto mieć na uwadze, aby zmieniać tą pozycję i nie doprowadzić do odrętwienia kończyn dolnych. Jeśli kobieta preferuje tą pozycję może mieć wyprostowane ręce przed siebie. Rodząca o zmniejszonym zakresie ruchu może opierać ręce na przedramionach. Klęk poziomy pozwala na szybsze zstępowanie części przodującej oraz łatwiejsze rozwieranie szyjki macicy. Obcowanie bliżej podłoża sprawia, że rodząca czuje się bezpieczniej i bardziej wierzy w swoją siłę. Pozycja zalecana jest w zaawansowanej I fazie porodu.

Pozycja leżąca na lewym boku. Rodząca leży na lewym boku, często z uniesioną delikatnie nogą. Jeśli mamy do czynienia z intensywną czynnością skurczową, porodem przebiegającym dynamicznie, dobrym wyborem będzie pozycja leżąca na lewym boku oraz pozycja kolankowo-łokciowa. Zmniejszy to prawdopodobieństwo deceleracji. Zniweluje objawy wystąpienia zespołu żyły głównej dolnej. Jest to odpowiednia pozycja pozwalająca zregenerować siły. Pomocne w tej pozycji będzie mruczenie i prawidłowe oddychanie.

Przykłady pozycji stosowanych w II okresie porodu

Druga faza porodu rozpoczyna się od całkowitego rozwarcia szyjki macicy, aż do urodzenia płodu z wykorzystaniem skurczów partych. W tym czasie kobieta może przyjmować następujące pozycje.

Pozycja kuczna z wykorzystaniem drabinki gimnastycznej. Kobieta kuca z rozstawionymi kolanami, na szerokości własnych barków. Cały jej ciężar spoczywa na płasko ułożonych, przylegających do podłoża stopach. Rękoma rodząca chwytą się sznura, liny bądź drabinki. Pośladki swobodnie zwisają ku dołowi. W tej pozycji miednica otwiera się szeroko, ułatwia to przemieszczanie się główki płodu w dół kanału rodnego. Pozycja często przypisywana II fazie porodu. Jest najbardziej efektywną pozycją porodową. Zwiększa się efekt nacisku główki na wewnętrzne struktury kanału rodnego. Podczas stosowania tej pozycji zwiększa się wymiar prosty wychodu poprzez odgięcie kości guzicznej. Natomiast długie parcie w tej pozycji może prowadzić do urazów tkanek krocza co zmniejsza jego podatność na rozciąganie. Krocze w tej pozycji jest mocno obciążone, wówczas urazy mogą być większe.

Pozycja kuczna z wykorzystaniem osoby towarzyszącej. To inna odmiana pozycji kucznej, która wykorzystuje pomoc osoby towarzyszącej. Kobieta kuca z szeroko rozstawionymi kolanami i stopami dotykającymi całej powierzchni ziemi. Osoba towarzysząca zgina ręce w łokciach wprowadzając je pod pachy rodzącej i zaplata palce dłoni na klatce piersiowej. Chwył ten zwiększa oparcie dla rodzącej oraz wzmacnia uczucie bezpieczeństwa. Warto też co jakiś czas rozprostowywać nogi, aby poprawić krążenie w kończynach dolnych. Podobnie jak w pozycji kucznej z wykorzystaniem drabinki gimnastycznej należy mieć na uwadze napięte tkanki krocza.

Pozycja kolankowo-łokciowa. Kolejna odmiana klęku. Rodząca opiera się na kolanach ręce oraz tułów przylegają do podłoża, miednica wysoko podniesiona ku górze. Często tony serca płodu ulegają normalizacji w tej pozycji. Pozwala na prawidłowe wstawianie się główki poprzez zmniejszenie siły skurczów partych. Pozycja kolankowo-łokciowa umożliwia częstszą ochronę krocza poprzez zmniejszenie nacisku główki na tkanki miednicy mniejszej. W tej pozycji rodząca jest skoncentrowana na prawidłowym oddechu podczas skurczów, ponieważ nie rozprasza jej to co dzieje się dookoła.

Pozycja póżająca na fotelu porodowym. Pozycja odpowiednia dla II okresu porodu. Często wykorzystywana w warunkach szpitalnych. Fotel porodowy ustawiony tak, aby wezłowie było uniesione prawie do pozycji pionowej a stopy stabilnie wsparte na oparciu. Nogi nie mogą być ustawione zbyt szeroko, ponieważ grozi to pęknięciem lub nacięciem krocza. Pośladki rodzącej wysunięte na skraj fotela porodowego. Rodząca podczas parcia przytrzymuje się rękoma uchwytów w fotelu porodowym. W czasie przerwy między skurczami opiera się na plecach, wyrównując oddech.

Pozycja z wykorzystaniem krzesła porodowego. Rodząca siedzi oparta o ścianę, bądź pochylona do przodu. Technika ta ułatwia kobiecie oddychanie i nie powoduje ucisku na duże naczynia. Korzystnie wpływa w fazie wyłaniania się główki. Siła grawitacji po raz kolejny staje się pomocą, która umożliwia swobodne przejście główki przez kanał rodny. Krzesła porodowego używa się w ostatnim momencie wyłaniania się główki. Dłuższy czas przebywania w tej pozycji zwiększa, ryzyko obrażeń krocza.

Stosowanie udogodnień oraz pozycji wertykalnych podczas porodu staje się bardzo powszechne. Dzięki zwiększeniu możliwości modyfikacji i ulepszeniu działań podczas narodzin, rodząca ma możliwość zaznać przyjazne i wygodne warunki w okresie wydania na świat potomstwa. Wybór i możliwość ich zastosowania jest w gestii porozumieniu z personelem medycznym a rodzącą. Jednakże istnieją ograniczenia w doborze wszelkich innowacji podczas porodu.

Warunki umożliwiające poród w pozycjach wertykalnych

- Położenie płodu podłużne główkowe.
- Cięża donoszona.
- Prawidłowy zapis KTG (kardiotokografia).
- Brak patologii łożyskowej.
- Prawidłowa czynność skurczowa mięśnia macicy.
- Preferencje rodzącej.

Ostatnimi czasy popularny staje się ruch w czasie porodu. Kobieta aktywnie przechodząc przez całość porodu powraca do instynktownych zachowań dobierając odpowiednie udogodnienia. Pozycje wertykalne wraz z przedmiotami dostępnymi na bloku porodowym dają możliwość naturalnie przebrnąć przez czas porodu. W ostatnim czasie coraz więcej mówi się o porożdzie aktywnym, w którym kobieta może przyjmować wybrane przez siebie pozycje. Modyfikacja postawy ciała u rodzącej ułatwia i przyspiesza porożdzie, a także jej zastosowanie uznawane jest za jedną z niefarmakologicznych metod łagodzenia bólu porodowego.

Literatura u Autorów

mgr Małgorzata Kurpios-Kosińska
dr n.med. Bogusława Rudnicka
UM w Łodzi, Zakład Położnictwa Praktycznego
II Katedra Ginekologii i Położnictwa

mgr KAMILA JANISZEWSKA

Higiena rąk

ze szczególnym uwzględnieniem 5 momentów mycia rąk

Higiena rąk jest nie tylko obowiązkiem każdej osoby pracującej w zawodzie medycznym, lecz także stanowi prawo pacjenta. Zapewnia ona bowiem gwarancję bezpiecznej opieki nad chorymi. Oficjalnie wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) dotyczące higieny rąk personelu medycznego zostały przyjęte w 2009 r. Dzięki promowaniu metody 5 momentów higieny rąk wśród szpitali oraz przychodni zwiększyła się świadomość wagi utrzymywania rąk w czystości.

Według danych WHO każdego roku setki milionów osób dotyka problem zakażeń z powodu hospitalizacji oraz ogólnej opieki zdrowotnej. Zakażenia te mogą przyczynić się do rozwoju wielu chorób oraz dłuższego pobytu w szpitalu, co wiąże się z wyższymi kosztami leczenia a tym samym obciążeniem budżetu systemu opieki zdrowotnej. W niektórych sytuacjach zakażenia prowadzą do niepełnosprawności a nawet śmierci pacjenta. Szczególnym rodzajem zakażeń są zakażenia szpitalne. Według Światowej Organizacji Zdrowia zakażenie szpitalne to zakażenie, które pojawiło się w wyniku leczenia szpitalnego lub w związku z pobytem w szpitalu, wtórne do stanu pacjenta sprzed hospitalizacji. Inna definicja zakażeń szpitalnych pochodzi z Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, określa je jako zakażenie, które pojawiło się w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy:

- choroba nie pozostawała w okresie wylegania w momencie, w którym udzielano świadczeń zdrowotnych
- choroba wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania.

Dotyczy ono całego personelu medycznego oraz pacjenta, a objawy jednostki chorobowej bądź zakażenia pojawiają się w ciągu 48–72 godzin od momentu przyjęcia/wypisu pacjenta. W sytuacji kiedy zakażenie pojawiło się wcześniej niż 48 godzin od momentu przyjęcia pacjenta do szpitala, nie mówimy wtedy o zakażeniu szpitalnym.

Definiując zakażenie szpitalne miejsca operowanego okres, w jakim może do niego dojść to miesiąc od czasu zabiegu, natomiast wszczepione ciała obce nawet do roku.

Drobnoustroje powodujące zakażenia szpitalne mogą posiadać charakter egzogenny oraz endogenny. Pierwsze

z nich dotyczą sytuacji, kiedy czynniki wywołujące zakażenie pochodzą ze środowiska szpitalnego, natomiast o endogennych mówi się w momencie, kiedy pochodzą od własnej flory człowieka.

Czynniki etiologiczne wywołujące jednostkę chorobową bądź zakażenie dzieli się na kilka grup. Należą do nich: wirusy, bakterie, grzyby.

Mówiąc o zakażeniach szpitalnych warto wspomnieć o ich źródłach, są to m.in.: nieprawidłowo wyjałowiony sprzęt medyczny; zakażona krew; nieprawidłowo dezynfekowana aparatura medyczna; pościel, materiały opatrunkowe; zlewy, prysznice, baseny; żywność; nieprawidłowo przygotowane leki lub podane w niewłaściwy sposób; nieprawidłowa higiena rąk personelu.

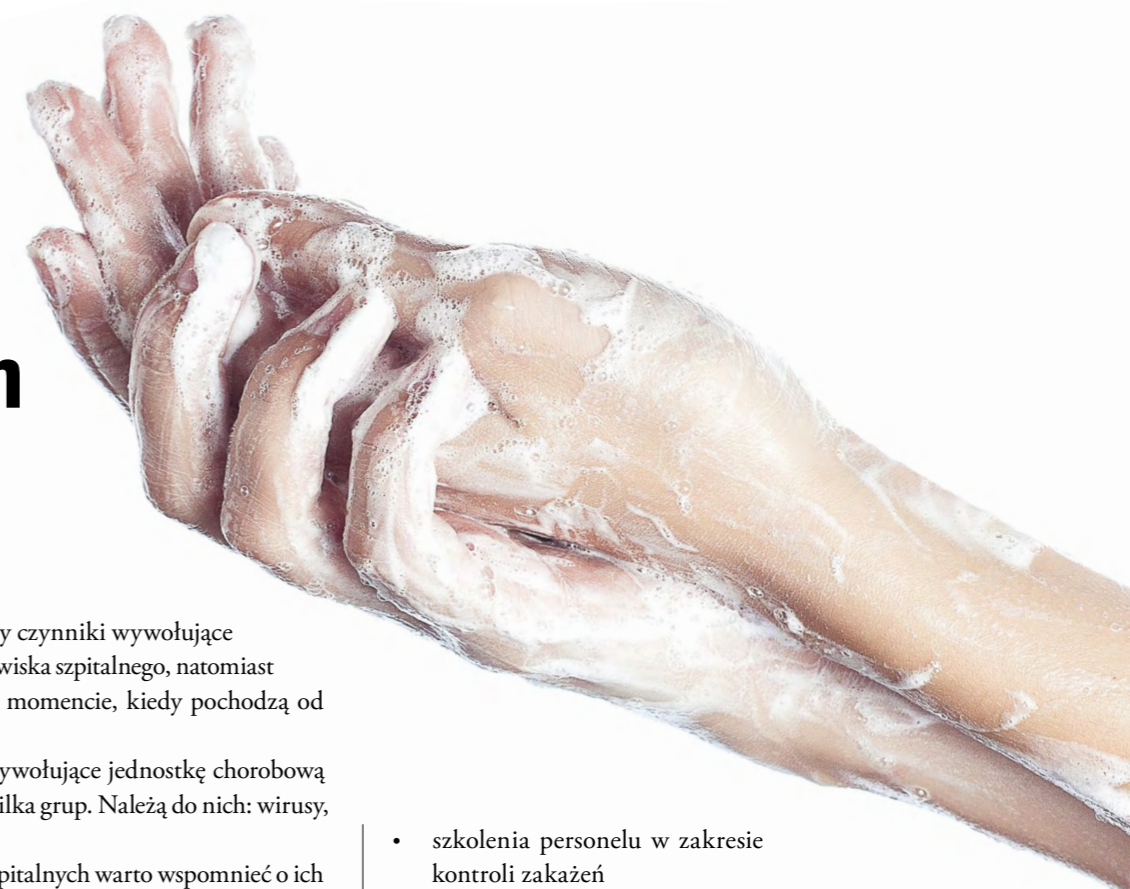
Drogi jakimi szerzą się zakażenia szpitalne to: droga powietrzno-pyłkowa; droga kontaktowa; droga pokarmowa oraz przerwanie ciągłości tkanek.

Oddziały szpitalne najbardziej narażone na pojawienie się zakażeń to m.in. oddział intensywnej opieki/terapii medycznej. Tam też dochodzi do największej liczby zgonów, bo aż 25 proc. spowodowanych tymi zakażeniami. Śmiertelność wzrasta również z wiekiem, u osób powyżej 75 r.ż. wynosi około 13 proc. Ogólnie rzecz ujmując u około 7 proc. pacjentów z zakażeniem szpitalnym dochodzi do zgonu. Jest to znaczna liczba, dlatego też bardzo ważna jest profilaktyka, zapobieganie i jak najszybsze leczenie tych zakażeń. W profilaktyce zakażeń szpitalnych niezwykle ważne jest monitorowanie i ocena ryzyka ich wystąpienia oraz rejestracja zakażeń. Ponadto organizacja udzielania świadczeń zdrowotnych w tym:

- zapobieganie zakażeniom i szerzeniu się czynników alarmowych
- izolacja pacjentów
- dostępność do badań laboratoryjnych przez całą dobę.

W celu przeciwdziałania zakażeniom szpitalnym powstał Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych. W jego skład wchodzi: lekarz, pielęgniarka/położna, diagnosta laboratoryjny. Zadania jakie do nich należą to:

- opracowanie systemu zapobiegania i zwalczania
- kontrola wewnętrzna



- szkolenia personelu w zakresie kontroli zakażeń
- konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub występowanie choroby.

Profilaktyka zakażenia związanych z opieką zdrowotną powinna być priorytetem dla szpitali oraz innych instytucji ochrony zdrowia, aby zapewnić bezpieczeństwo pacjentom. Wiele czynników może przyczynić się do zakażenia pacjenta patogenami chorobotwórczymi, m.in.: zjadliwość drobnoustrojów; choroby podstawowe; choroby współistniejące; ogólny stan pacjenta; stan odżywienia; stosowanie środków immunosupresyjnych; przedłużona hospitalizacja; antybiotykoterapia; zastosowania procedur inwazyjnych np. dializoterapia, tlenoterapia; wiek pacjenta.

Dzięki zastosowaniu odpowiednich metod personel szpitala ma możliwość utrzymania rąk w należytej higienie. Do metod tych zaliczyć można:

- zastosowanie sześćoetapowej techniki mycia i dezynfekcji rąk
- zastosowanie zasady pięciu momentów higieny rąk
- używanie rękawic ochronnych w sytuacjach do tego koniecznych
- unikanie zakładania biżuterii na dłonie oraz ręce poniżej łokcia
- posiadanie krótkich, naturalnych paznokci.

Elementem koniecznym do zachowania rąk w czystości jest zasada sześćoetapowej techniki mycia i dezynfekcji rąk. Jednym z najważniejszych elementów profilaktyki zakażeń jest umiejętność stosowania oraz znajomość zasady 5 momentów higieny rąk. Zgodnie z wytycznymi WHO powinno się ją stosować podczas udzielania świadczeń medycznych a w szczególności:

- przed kontaktem z pacjentem

Technika higieny rąk przy użyciu preparatu na bazie alkoholu

Czas trwania całej procedury: 20–30 sekund



źródło: <https://www.cmj.org.pl/clean-care/higiena-rak-wytyczne-who-draft.pdf>

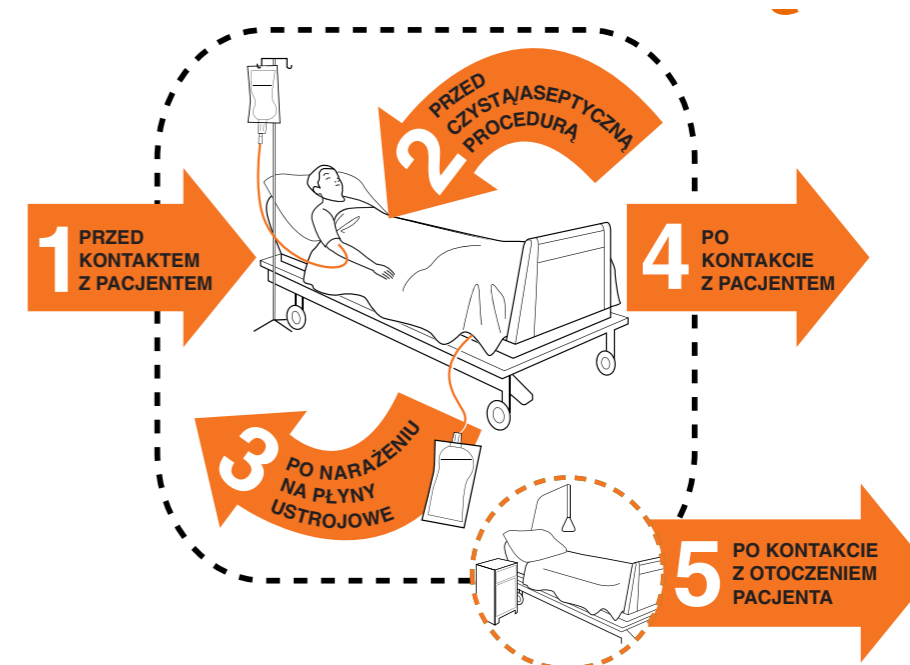
- przed wykonaniem aseptycznej czynności
- po kontakcie z płynami ustrojowymi pacjenta
- po kontakcie z pacjentem
- po kontakcie z otoczeniem pacjenta

Komisja Doradcza ds. Zwalczenia Zakażeń Związanych z Opieką Zdrowotną opracowała wskazania do higieny rąk na podstawie wytycznych WHO. Skategoryzowała je również według siły zaleceń od zdecydowanie zaleczanych do proponowanych do wdrożenia.

Zgodnie z zaleceniem komisji wyróżnić można wskazania do higieny rąk:

- w momencie widocznych zabrudzeń, plam krwi i/lub innych płynów ustrojowych oraz po skorzystaniu z toalety, zalecane jest umycie rąk wodą i mydłem
- w sytuacji podejrzenia lub potwierdzenia kontaktu personelu medycznego z drobnoustrojami przetrwalnikowymi, zwłaszcza *Clostridia difficile* zaleca się mycie rąk wodą i mydłem
- w sytuacjach kiedy nie ma widocznych zabrudzeń zaleca się odkażanie rąk preparatem na bazie alkoholu, w przypadku braku odpowiedniego środka ręce należy umyć wodą i mydłem. Procedurę należy wykonać:

Strategia 5 momentów mycia rąk



źródło: <https://www.cmj.org.pl/clean-care/higiena-rak-wytyczne-who-draft.pdf>

- przed i po kontakcie z pacjentem
- przed rozpoczęciem obsługi urządzeń inwazyjnych podczas opieki nad pacjentem bez względu na zasadność użycia bądź nie rękawic ochronnych
- po ekspozycji na płyny ustrojowe, wydzieliny, błonę śluzową, przerwana powłokę skórną i kontakt z opatrunkiem
- po pielęgnacji zakażonej części ciała chorego a przechodząc do pielęgnacji innej „zdrowej”
- po kontakcie z obiektami znajdującymi się w bezpośrednim otoczeniu chorego w tym urządzeniami medycznymi.
- po zdjęciu rękawiczek
- przed przygotowaniem i podawaniem żywności i leków.

Aby strategia 5 momentów higieny rąk mogła być wprowadzona w życie powinny być spełnione odpowiednie warunki, takie jak:

- odpowiednia infrastruktura budynku, w tym stały dostęp do wody i środków myjących oraz ręczników/suszarek oraz preparatów odkażających
- zapewnienie pracownikom regularnych szkoleń w zakresie higieny rąk
- zbieranie informacji na temat przestrzegania zasady 5 momentów mycia rąk przez personel medyczny
- promowanie dbania o higienę rąk w miejscu pracy
- świadomość pracowników ochrony zdrowia w zakresie bezpieczeństwa pacjentów

Poza higieną rąk ważne jest także stosowanie środków ochrony osobistej w tym rękawic. Nie zastępują one mycia i dezynfekcji rąk, ale chronią personel medyczny przed patogenami mogącymi przenosić się od pacjenta, a chorego przed drobnoustrojami znajdującymi się na dłoniach pracowników

ochrony zdrowia. Duże znaczenie ma sytuacja w jakiej powinno używać się rękawic ochronnych. Należy je zawsze stosować w czasie zagrożenia kontaktem z krwią, innymi wydzielinami, błoną śluzową czy też naruszoną powłoką skóry. Istnieje kilka zasad stosowania rękawiczek, tj.:

- po zakończeniu procedury należy zdjąć i wyrzucić rękawiczki
- do każdego pacjenta należy używać nowej pary rękawiczek
- przechodząc od zakażonych części ciała pacjenta do pozostałych należy zmienić rękawiczki na nowe
- należy zdjąć lub wymienić rękawiczki na nowe przychodząc od kontaktu z pacjentem do kontaktu z przedmiotami w jego otoczeniu
- nie powinno się ponownie stosować tych samych rękawiczek

Podsumowując, dłonie personelu medycznego stanowią źródło pomocy pacjentowi, ale również mogą przyczynić się do rozprzestrzeniania się zakażeń wśród chorych. Dlatego bardzo ważne jest wdrożenie w placówkach ochrony zdrowia m.in. sześćoetapowej techniki mycia rąk, modelu 5 kroków higieny rąk, aby przeciwdziałać temu problemowi i zapewnić bezpieczeństwo pacjentów.

Bibliografia u Autora

mgr Kamila Janiszewska
Zakład Położnictwa Praktycznego
II Katedry Ginekologii i Położnictwa
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa



Moja praca wakacyjna w Nałęczowie

mgr ELŻBIETA
MIELCZAREK-PANKIEWICZ

W 2020 r. na łamach Biuletynów numer 7–8 i 11–12 ukazała się moja publikacja pt.: „Będąc młodą pielęgniarką”. Na prośbę Koleżanek – czytelniczek tych wspomnień – po zakończeniu 5-letniego przepisywania w komputerze swoich 88 pamiętników (tworzonych od lat 60. XX w.) – przedstawiam ich wybrane fragmenty, dotyczące przede wszystkim pracy zawodowej. Zwierzenia nt. życia osobistego – zawarte zarówno w rękopisach, jak i w wersji elektronicznej – zostawiam potomnym, do ich decyzji co do dalszych losów mej spuścizny pt. „Moje życie”.

Decyzja o wakacyjnej pracy zapadła dość nieoczekiwanie. Jeszcze w maju, przed jakimś wykładem, koleżanka z roku zapytała najbliższej siedzącej w auli: – Dziewczyno, która chce pracować w czasie wakacji w sanatorium w Nałęczowie? Zgłosiło się nas kilka, nawet więcej niż przewidywała ogłaszająca.

Już od początku drugiego semestru zastanawiałam się, gdzie by tu w czasie wakacji znaleźć jakąś niezbyt męczącą pracę. Trzyletnia działalność zawodowa w charakterze pielęgniarki, którą miałam za sobą, zostając przed rokiem studentką, zbyt długo i przykro tkwiła mi w pamięci, abym miała – po oderwaniu się od podręczników – nauką haróweczkę zamienić na orkę w swoim byłym zakładzie pracy. Myślałam więc o jakichś koloniach, ale terminy nie zagrały. Wszędzie propozycje pracy w charakterze higienistki na koloniach obejmowały początek czerwca, jakby przekornie dawano do wyboru: albo pracę w atrakcyjnych miejscowościach, albo udział w sesji. Oczywiście, propozycje z żalem musiałam odrzucić i z niepokojem zaczęłam snuć wizję beczynnych i bezgroszowych trzech miesięcy wakacji w domu.

Właśnie wtedy pojawiła się ta oferta nie do odrzucenia. Zgłosiłam zainteresowanie pracą w Nałęczowie przez całe dwa pierwsze miesiące wakacji. Załatwianie formalności trwało krótko. Mój udział w przyjmowaniu do pracy ograniczył się do dostarczenia (przez usługowe koleżanki) zakładowi nas zatrudniającemu zaświadczenia o studiowaniu na Wydziale Pielęgniarskim AM w Lublinie [1975–1979 r.].

Wizja czekających rozkoszy w sanatorium w atrakcyjnej miejscowości została na półtora miesiąca przymglona atmosferą drugiej w życiu pracowitej sesji egzaminacyjnej, po której – szczęśliwie zaliczonej – wyskoczyłam w Polskę, czyli do domu w Koninie, aby po tygodniu wolności (w czasie której zdążyłam zaliczyć grype) stawić się pierwszego lipca do pracy w Nałęczowie.

Wylądowało nas tam kilka dziewczyn o ósmej rano, z bagażami dorównującymi wagom naszych ciał (nieco wychudłych po bataliach o jak najwyższą średnią ocen). Przyjęto nas życzliwie. Przełożona skierowała nas do różnych placówek (rozrzuconych po całym uzdrowisku), po drodze pokazując lokum – zresztą, nie dla wszystkich. Dwie z moich koleżanek, przybyłe parę godzin później, straciły – zgodnie

z powiedzeniem: – Kto pierwszy, ten lepszy – i do końca pobytu w Nałęczowie przenosiły się aż cztery razy!

Z koleżanką trafiłam do „werandek” (budowanych gdzieś około 1800 r.), mających tę zaletę, iż – mimo upałów – trzymały chłodziak gdzieś w granicach: 14°C. Dlatego, dla nas – chowających się przed skwarem – temperatura w werandkach była pierwszym plusem tej siedziby. Następnym (i ostatnim) okazała się ciepła woda, która w łazience była całą dobę. Minusy naszego luksusowego królestwa pojawiły się później. Tymczasem, rzuciwszy (z ulgą) bagaże – tak jak stałyśmy, wyraziłyśmy chęć do pracy i każda ruszyła do przydzielonego pawilonu.

Dotarłam do swoich Starych Łazienek, weszłam na górę – zaglądam do otwartej dyżurki – nikogo nie ma. Usiadłam

Zgłosiłam zainteresowanie pracą w Nałęczowie przez całe dwa pierwsze miesiące wakacji. Załatwianie formalności trwało krótko. Mój udział w przyjmowaniu do pracy ograniczył się do dostarczenia (przez usługowe koleżanki) zakładowi nas zatrudniającemu zaświadczenia o studiowaniu na Wydziale Pielęgniarskim AM w Lublinie.

przed drzwiami w wygodnym fotelu i czekam. Mija mnóstwo czasu. Już zaczęłam się zastanawiać, co się stało, kiedy zbliża się do dyżurki dostojna para: oddziałowa, grubo po pięćdziesiątce (między nami kobietami – wspaniale utrzymana dama) i – gdzieś o 20 lat od niej starszy – ordynator i zarazem jedyny zatrudniony tu lekarz.

Przedstawiam się i zgłaszam gotowość do pracy. Okazuje się, że pani oddziałowej sprawiłam niezamierzony kłopot: – Jak to, nie ma pani ze sobą ani czepka, ani fartucha?; – Ostatecznie, może pani pozostać bez czepka, ale o fartuch proszę się postarać; – Niech pani pójdzie do przełożonej i przy okazji przyniesie od Iksińskiego formularze. Biegnę więc szukać przełożonej na drugim końcu pięknego parku. Bezskutecznie. Czekam ok. 20 minut na terenie nowoczesnego szpitala i z nudów zaglądam za drzwi jakiejś dyżurki – widzę sympatyczną pielęgniarkę, więc ją zagaduję. Ta okazała się na tyle łaskawa, że udostępniła mi do przeglądu z tuzin chałatów różnej maści i wielkości – wybrałam najmniejszy: sięgał mi tylko do połowy łydek, a z rękawów mogłam sobie zrobić rękawiczki i jeszcze by wystarczyło na mufkę. Jednak zadowolona z takiego nabytku idę dalej, po drodze pytając o tego Iksińskiego, którego znalazłam w trzeciej, właśnie poznawanej, części parku. Tym razem obyło się bez dłuższego czekania, wzięłam druki i pędem do Łazienek – przecież robota czeka, wszak zmarnowałam ponad pół godziny. Wracam do dyżurki, a tam błogi spokój, który natychmiast kojąco wpłynął i na mnie. Pokazałam się w przepisowym stroju – uśmieški były bardzo dyskretne. Zresztą, niedługo się prezentowałam, bo jak opadłam w miękkim fotelu (tym razem już w dyżurce), to się ruszyłam do końca roboczego dnia chyba ze dwa razy: zanosząc oraz odbierając termometr od skacowanego (!) i symulującego kuracjusza, a po drodze jeszcze robiąc zastrzyk. Poza tym: siedzenie! Dobrze to do czasu odsapnięcia, ale później?! Najpierw była wstępna gadka, to znaczy przeprowadzanie przez oddziałową wywiadu na temat mojej osoby. Później była propozycja herbatki – nie do odrzucenia. A potem było znów siedzenie. Zaczęłam więc i ja pytać: o zwyczaje, rodzaje zabiegów, o chorych, o sposobach pracy, ewentualnej akcji reanimacyjnej (wśród odpukiwania w drewno) itd. Oddziałowa uspokaja: – Nie od razu, niech pani ochłonie, po kolei, pomału pani opowiem, przecież tak wszystko naraz się pani pomyli. Cóż to, nie wystarczy jej, że jestem

po trzech latach pracy w szpitalu? Czyż da się porównać tamtejszy mój pierwszy dzień pracy – też tylko z oddziałową – na ortopedii (gdzie było 45 „połamanych” – z tego 2/3 leżących, kilka zabiegów operacyjnych, wiele iniekcji itd.) z tym tutaj, w sanatorium? Nic, siedzę cierpliwie (?) i słucham z nadzieją, że do pierwszego samodzielnego dyżuru,

który miał nastąpić za dwa dni, zdążyć nieco przyswoić zwyczaj panujące w Łazienkach. Wystraszył mnie trochę widok apteczki – tak obficie zaopatrzonej w leki nie widziałam w żadnym oddziale! Największy mój respekt budziły oczywiście leki nasercowe, stosowane zgodnie ze specjalnością uzdrowiska. Arsenal – bogaty i urozmaicony, ale nawet ten mój staż pracy niewiele pomagał w ich rozszyfrowaniu.

Drugi dzień pracy zaczął się o siódmej rano herbatką (już przyniosłam swoją), ale czekał nas bardzo (wyjątkowo) pracowity dzień, bo spisywanie leków. Praca ta trwała dwie

Przerażały mnie sercowe dolegliwości kuracjuszy, którzy głównie z ich powodu pojawiali się w Nałęczowie. Mimo zaliczonej interny, szukałam źródeł informacji i wypytywałam koleżanki po fachu o wszystko na temat różnicowania chorób, postępowania na przykład przy migotaniu przedsionków lub obrzęku płuc, przed czym się w myślach naprawdę sumiennie odżegnywałam.

godziny – najbardziej męczyła się szefowa, gdyż to ona stała przy apteczce i dyktowała mi pozycje (250). Miałam frajdę, pisząc (gdyż lubię to robić), ale ona? Do pasji doprowadzał mnie widok rozsypanych na jej dłoni tabletek (pastylek, kapsulek, drażetek itp.) i po kolei – liczenie każdej (!) sztuki. Wątpię, czy którekolwiek sanatorium w uzdrowisku Nałęczów zrobiło gruntowniejszy spis leków!

Po tej pracy zaczęłam dopytywać się, czy i gdzie można byłoby załatwić sobie obiady. Oddziałowa je odradzała (bo takie niesmaczne), ale pozwoliła wyrwać mi się w celu załatwienia różnych formalności. Napisałam podanko z prośbą o umożliwienie korzystania z obiadów na kredyt. W kieszeni (jakim cudem?) zostało mi (od 2 lipca do końca miesiąca) 200 złotych! W kasie i w biurze kręcili nosami, robili wstręty, ale w końcu udało mi się zdobyć obiadową kartkę! Kończyłam pomału drugi dzień pracy (czyli siedzenie + czytanie = dyżurowanie), kiedy naraz wchodzi moje koleżanki z innych placówek – przyszły zobaczyć, gdzie i jak urzęduję. Po przywitaniu się z oddziałową – dziewczyny na mój widok załamały ręce: – Ależ sierotko, jak ty wyglądasz?! – Mróweczko, przecież ciebie nie widać w tym worze, niczego ci nie dano? – My dostałyśmy piękne nowe fartuszki. Moja oddziałowa dyskretnie wyszła, a po chwili, gdy (wystraszona) splawiłam koleżanki – przynosi mi sprane fartuchy doktora – co prawda ramiona zwiślały tuż nad moimi łokciami, ale za to kitle były krótkie!

Przerażały mnie sercowe dolegliwości kuracjuszy, którzy głównie z ich powodu pojawiali się w Nałęczowie. Mimo zaliczonej interny, szukałam źródeł informacji i wypytywałam koleżanki po fachu o wszystko na temat różnicowania chorób, postępowania na przykład przy migotaniu przedsionków lub obrzęku płuc, przed czym się w myślach naprawdę sumiennie odżegnywałam.

Popołudnie spędziłam razem z koleżankami – jeszcze w pełnym gronie, gdyż każda początkowo pracowała rano (później zaliczałyśmy głównie popołudniówki i noce). Ja oczywiście – zamiast zakupów (za co?) – poszukałam sobie lektury na samotne dyżury.

W sobotę, a w trzeci dzień pobytu w Nałęczowie, miałam samodzielny ranny dyżur. Moja praca sprowadzała się do ważenia podopiecznych, których miałam trzydziestu sześciu. Tę lwią robotę odfajkowałam po godzinie (kuracjusze schodzili się jak ślimaki). A później było tylko siedzenie

za biurkiem i czekanie... I oczywiście (jak zwykle u mnie) pechowa? przygoda. Salowa poprosiła o parę minut wolnego i wyfrunęła gdzieś poza oddział. Nie upłynął kwadrans – salowej nie ma, gdy wchodzi do dyżurki kuracjusz i zupełnie spokojnie zauważa: – Siostrzyczko, a w naszej łazience są zamknięte drzwi od ubikacji. Pukam, ale nikt się nie odzywa. – Siostra zajrzy, może ktoś zasłabł... Na to ja, również spokojnie (na pozór): – E, to niemożliwe, na pewno drzwi się zatrzasnęły. Ruszam jednak z kopyta i idę za kuracjuszem, bo nawet dobrze nie wiem, gdzie jest ta łazienka. Wchodzimy, cisza. Z duszą na ramieniu schylam się, oczekując widoku nóg, a pod drzwiami „oo” – PUSTO. Z ulgą podnoszę się, kiedy dociekliwy pacjent mówi: – Ale siostrzo, zaraz obok, z ubikacji, jest wejście pod prysznic, może tam ktoś leży. Wtedy już, z mocno ściśniętą krtanią, wykrztuszam pytanie: – Jest tam ktoś? i – dla dodania sobie animuszu – walę pięścią w zakłete drzwi. CISZA. W dalszym ciągu – spokojnie jak flegmatyk (rzekomo) mówię do towarzysza i siebie: – Nikogo tam nie ma, na pewno coś się zepsuło i salowa zamknęła drzwi na klucz, a że jestem tu od niedawna – nie wiem, gdzie go szukać. Trzeba poczekać na salową, która niebawem wróci. Docieram do dyżurki i czekam z biciem serca na salową, snując równocześnie przypuszczenia, kiedy TO się stało, ile czasu już ten człowiek leży bez pomocy, jakie czekają mnie konsekwencje i czy nie najlepiej bym zrobiła, gdybym podziękowała za taki „wypoczynek” (jak powiedziała przełożona, zachęcając do podjęcia tu pracy) i pojechała do domu sprzątać i gotować rodzinie obiady. Czas ucieka, salowej nie ma. Wreszcie jest, a ja – już od progu wysyłam ją do łazienki i pod prysznic, skąd ona wraca uśmiechnięta i mówi: – NIC SIĘ NIE STAŁO. – To drzwi same się zatrzasnęły i – Dziwię się, że kuracjusze,

pod koniec 24-dniowego turnusu, nie przyzwyczaili się do tego. Ulga, jakiej doznałam, wyrównuje mi z nawiązką niedostatek spokoju, związany z pierwszym dniem samodzielnego dyżuru wśród „sercowych”.

Później była wolna niedziela. Mając w perspektywie całe przedpołudnie w łóżku – w ulubiony sobotni wieczór więcej czasu poświęcałam radiu oraz książkom i ze współmieszkankami werandek mogłam w okolicach północy poznać niektóre tajniki naszej siedziby. Najpierw było tylko lekkie stukanie, później coś zaczęło szeleścić i chrobotać i co najgorsze – to coś nie dało się ani rusz zidentyfikować! Kilkakrotnie niespodziewanie zapalałyśmy lampkę – na próżno. Zasnęłyśmy późno, z kołdrami na głowach, obiecując sobie solennie, że żadna nie ośmieli się zostać sama w nocy w werandkach! Szczęście w nieszczęściu, że przełożona uraczyła nas licznymi (co pięć – sześć dni) nocnymi dyżurami...

Po niedzieli (spędzonej na spaniu, spacerze i czytaniu) poszłam z pewną obawą na swój pierwszy nocny dyżur. Byłam sama, nawet bez salowej. Pół dziewięciogodzinnego dyżuru poświęcałam zaległej prywatnej korespondencji. Około drugiej postanowiłam się zdrzemnąć – zsunęłam

Po niedzieli (spędzonej na spaniu, spacerze i czytaniu) poszłam z pewną obawą na swój pierwszy nocny dyżur. Byłam sama, nawet bez salowej. Pół dziewięciogodzinnego dyżuru poświęcałam zaległej prywatnej korespondencji. Około drugiej postanowiłam się zdrzemnąć – zsunęłam bardzo wygodne (!) fotele, okręciłam się kocem (była i pościel, ale przecież ja spać w pracy nie będę!) i zamknęłam oczy, czekając na Morfeusza. Gdzież tam! Z wrażeń, czy też w imię idei rzetelnej pielęgniarce, nie straciłam ani na chwilę świadomości.

bardzo wygodne (!) fotele, okręciłam się kocem (była i pościel, ale przecież ja spać w pracy nie będę!) i zamknęłam oczy, czekając na Morfeusza. Gdzież tam! Z wrażeń, czy też w imię idei rzetelnej pielęgniarce, nie straciłam ani na chwilę świadomości. Ciszę w oddziale zakłócali tylko „nykturzyści” [siusiąjący po nocach – m.in. z powodu osłabionego serca i/lub przerośniętej prostaty]. Akurat była czwarta, kiedy pojawia się w drzwiach kompletnie ubrany gość, zdradzający chęć rozmowy. Zaskoczona nietypową godziną zwierzeń, dowiedziałam się, że kuracjusz ten, mimo swego sędziwego wieku, jest zdrowym na ciele i umyśle człowiekiem, bowiem wstając całe życie (!) o czwartej, poświęca ranne godziny: gimnastyce i nauce języków obcych. Opanował ich już osiem i obecnie zajmuje się włoskim. Pomyślałam tylko, czy nie szkoda mu cennych godzin tracić na rozmowę ze mną, ale chyba tak nie było, bo człowiek ten wyraźnie rozkoszował się opowiadaniem przez moje cztery kolejne noce swojego życiorysu – zresztą, ciekawego. Kiedy zwierzałam się o siódmej oddziałowej z tych lekcji nad ranem, ta oburzyła się – dlaczego kosztem własnego snu pozwalałam sobie na

zabawianie towarzystwem nudzącego starca. Myślę jednak, że to dobrze, iż cierpiałam na bezsenność w pracy. Nic na to nie poradzę, że lubię słuchać i nie lubię sprawiać przykrości nawet największym nudziarzom. Zresztą, mój ranny ptaszek zupełnie interesująco przedstawiał mi biografię własną i bliźnich, włącznie z pokazem fotek. Podczas mojego ostatniego nocnego dyżuru profesor wstał już o 3.30, ale tym razem produkował się przez dwie godziny na papierze, pisząc do dyrekcji uzdrowiska w Nałęczowie zarówno list dziękczynny, jak i propozycje zmian na lepsze. [Czyli spotkałam człowieka, który robił to samo co ja – kochał pisać do „urzędów”, licząc na uzdrowienie jeśli nie świata, to chociaż Polski].

Później dni leciały szybko i niemonotonnie, okraszane choćby takim numerem, jak ofiarowanie mi róży za pobudkę pacjenta, który chciał powitać skoro świt swoich gości na dworcu. Ale nowość: róże za ludzką powinność? Ano, w sanatorium wypada dziękować za każdy nadprogramowy krok personelu. Kiedy szłam (punktualnie o 6) budzić swego ofiarodawcę – ten (nie ufając mi, mimo „łapówki”?) był już nie tylko na nogach i ubrany, ale zbliżał się do drzwi wyjściowych! Ot, tyle było mojej fatygi.

cdn.



„Ktoś tutaj był i był, a potem zniknął i uporczywie Go nie ma”
Wisława Szymborska

Z głębokim żalem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej Koleżanki

śp. Anny Kurczewskiej

Była jedną z nas – pielęgniarką o wielkim sercu otwartym dla każdego.
Całe życie zawodowe związana z Uniwersyteckim Centrum Pediatrii
im. Marii Konopnickiej.

Po przejściu na zasłużoną emeryturę poświęciła się Rodzinie.
Pozostaniesz na zawsze w naszych sercach i wspomnieniach.

To smutne
Gdy osoby które
Dały Ci najlepsze
wspomnienia
Stają się jednym z nich...

Pielęgniarska Kadra Kierownicza, Pielęgniarki i Położne
UCP im Marii Konopnickiej

„Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze, bo zostawili ślady w naszych sercach”
Ks. J. Twardowski

Dwudziestego ósmego maja 2023 r. zmarł

śp. dr n. med. Cezary Lipiński

Z-ca Dyrektora Centrum Innowacji i Transferu Technologii UMED w Łodzi
Skarbnik ORPiP w Łodzi II kadencji
Członek NRPiP II kadencji

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
składam kondolencje rodzinie, przyjaciołom i wszystkim osobom bliskim.
Niech Państwa wspomnienia będą pełne miłości i szacunku.
Niech spokój i pocieszenie towarzyszą Państwu w tym trudnym czasie żałoby.

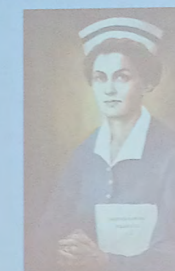
Przewodnicząca Anna Kacprzak
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Koleżance

Bożence Brynkiewicz

wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci Mamy
składają Koleżanki i Koledzy Stacji Dializ z WAM-u

5-ta rocznica beatyfikacji
pielęgniarki bł. Hanny Chrzanowskiej



28 kwietnia 2023 r.



5. rocznica beatyfikacji bł. Hanny Chrzanowskiej

W dniu 28 kwietnia 2023 r. w Centrum Jana Pawła II „Nie lękajcie się”, w Krakowie odbyła się konferencja zorganizowana z okazji obchodów 5. rocznicy beatyfikacji bł. Hanny Chrzanowskiej. Uroczystość rocznicową rozpoczęła msza św. w Centrum Jana Pawła II „Nie lękajcie się!”, której przewodniczył kard. Stanisław Dziwisz. Przypomnił o związkach Hanny Chrzanowskiej z Karolem Wojtyłą, o ich wspólnych działaniach na rzecz chorych i potrzebujących. Po mszy św. odbyła się konferencja poświęcona Hannie Chrzanowskiej dla uczczenia 5. rocznicy jej beatyfikacji. Przedstawiciele Zarządu Głównego Katolickiego Stowarzyszenia Pielęgniarek i Położnych Polskich wraz z ks. dr. Arkadiuszem Zawistowskim, Krajowym Duszpasterzem Służby Zdrowia, wręczyli odznaczenia szczególnie zasłużonym dla chorych, cierpiących czy wspierających pielęgniarki w ich działaniach. W ten sposób uhonorowano m.in. kard. Stanisława Dziwisza, prof. Juliana Dutkę, dr Jolantę Stokłosę, prezes Towarzystwa Przyjaciół Chorych Hospicjum św. Łazarza w Krakowie.

Konferencję otworzył rektor Uniwersytetu Papieskiego. Przedstawiciele Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi przekazali obraz Służebnicy Bożej Stanisławy Leszczyńskiej na ręce Przewodniczącego Małopolskiej OIPiP w Krakowie.

Konferencja zorganizowana była m.in. dla lekarzy, pielęgniarek, położnych, studentów, kapelanów szpitalnych. Wykłady dotyczyły m.in.: opieki nad nieuleczalnie chorymi w pismach Hanny Chrzanowskiej, życia i dzieła Służebnicy Bożej Stanisławy Leszczyńskiej” oraz Służebnicy Bożej s. Magdaleny Marii Epstein – prekursorce polskiego pielęgniarstwa. Odbyła się także debata na temat „Granice uporczywej terapii”, w której wzięli udział lekarze, pielęgniarki i prawnicy.

Po wykładach i debacie kardynał Stanisław Dziwisz pobłogosławił skwer im. bł. Hanny Chrzanowskiej przy ul. Łobzowskiej 40.
(J.G.)

