

2/2023

OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W JELENIEJ GÓRZE

BIULETYN





BIULETYN

OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

w Jeleniej Górze
ul. 1. Maja 27 (III piętro)
58-500 Jelenia Góra
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl
tel./fax (75) 753 56 68, 753 56 69
www.oipip.jgora.pl

KONTO

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
Numer konta bankowego, na który należy
przekazywać składki członkowskie:
Santander Bank Polska o/Jelenia Góra
05 1090 1926 0000 0005 1400 5081

BIURO

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
Sekretariat czynny:
poniedziałek 8.00–16.00
wtorek–piątek 7.00–15.00

Przewodnicząca ORPiP

ELŻBIETA GAJOWNICZEK
przyjmuje w poniedziałki
od godziny 14.00–18.00

Sekretarz ORPiP

GRAŻYNA BOMBA

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

DOROTA PATYŃSKA
Zastępcy pełnią dyżur w pierwszy i ostatni
poniedziałek miesiąca 14.00–15.00

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

LARYSA PERSJANOW

Obsługa prawna

Adwokat ILONA GRABAS
Kontakt w sprawach wykonywania zawodu
pielęgniarki i zawodu położnej
poprzez biuro OIPIP w Jeleniej Górze

Artykuły, listy, uwagi i inna korespondencję
prosimy nadsyłać na adres redakcji:
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
e-mail: biuro@oipip.jgora.pl
Redakcja nie ponosi odpowiedzialności
za treść ogłoszeń i reklam.
Redakcja zastrzega sobie prawo
do skracania nadesłanych materiałów.
Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!

Projekt i skład

Tereny Weny Agencja Reklamowa

SPIS TREŚCI

INFORMACJE OIPIP

- 1 VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych
- 2 Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej
- 6 Pożegnania

INFORMACJE NRPIP

- 7 Informacja Ministerstwa Zdrowia w sprawie przystąpienia do specjalizacji
- 8 Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej

OPINIE

- 21 Ból głowy u dzieci. Niedoceniany problem
- 24 Różne oblicza zakrzepicy
- 28 Pokonać strach przed stratą dziecka
- 32 Lepiej kupić kieckę niż iść na cytologię

PROMOCJA

Studia pielęgniarskie w Karkonoskiej Akademii Nauk Stosowanych (KANS) w Jeleniej Górze

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką, SP ZOZ, ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław, T: 261 660 207, 608 309 310, E: epielichowska@wp.pl

PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr BEATA ŁABOWICZ, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy, ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica, T: 602 795 368, E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr DOROTA KACZOR, Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp. z o.o. w Kamiennej Górze, ul. Janusza Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra, T: 606 226 655, E: dorota.kaczor.ds@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZEGO – dr n. med. MONIKA PRZESTRZELSKA, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego T: 71 784 18 24, 608 509 727, E: mprzestrzelska.konsultantd@gmail.com

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ – mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. k., Będkowo 1, 55-100 Trzebnica, T: 71 312 02 20, E: drudnicka@hospicjumbekowo.pl

PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO – dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław, T: 71 368 92 01 E: garwacka.e@dco.com.pl

PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO – mgr JERZY TWARDAK, Zakład Chorób Układu Nervego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu, ul. Bartla 5, 56-618 Wrocław, T: 668 193 147, E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

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

PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ – mgr ANNA SZACHOWSKA, Bonifrackie Centrum Zdrowia Sp. z o.o., E: anna.szachowska@gmail.com



VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

W dniach 15-17 maja 2023 w Warszawie odbył się VIII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, w którym wzięli udział delegaci wybrani przez okręgowe zjazdy oraz, z głosem doradczym, niebędące delegatami osoby pełniące funkcje w ustępujących organach Naczelnej Izby.

Delegatami na Krajowy Zjazd reprezentującymi naszą Izbę były Panie Elżbieta Gajowniczek, Elżbieta Słojewska Poznańska, Grażyna Bomba, Grażyna Flasińska i Barbara Kozomaricz.

W wyniku przeprowadzonego głosowania na Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji została wybrana Pani **Mariola Grażyna Łodzińska**, na Przewodniczącego Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych VIII kadencji wybrany został Pan **Jan Ślęzak**, na **Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej** VIII kadencji wybrana została Pani **Grażyna Rogala-Pawelczyk**, a na Przewodniczącą Naczelnej Komisji Rewizyjnej VIII kadencji wybrana została Pani **Małgorzata Sobania**.

Wnioski zgłoszone podczas XXXV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze zostały przekazane na VIII Krajowy Zjazd, a były to:

- ♦ **Wniosek** w sprawie Regulacji plac pielęgniarek w Domach Pomocy Społecznej,
- ♦ **Wniosek** w sprawie Wprowadzenia rocznego urlopu zdrowotnego dla pielęgniarek i położnych,
- ♦ **Wniosek** w sprawie Zmiany sposobu naliczania wysokości składki członkowskiej, nie mniejszej niż 60 zł miesięcznie dla członków samorządu.

W wyniku głosowania delegatów VIII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych zgłoszone przez Okręgowe Zjazdy Wnioski, Stanowiska i Uchwały zostały przeniesione do rozpatrzenia na Nadzwyczajny Krajowy Zjazd, który odbędzie się w 2024 roku.





Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarek/Pielęgniarzy i Dzień Położnej, który przypada 12 i 8 maja jest doskonałą okazją, by wyrazić wdzięczność i uznanie dla osób wykonujących te zawody.

Z tej okazji 12 maja 2023 r. odbyła się w Świeradowie Zdroju uroczystość, której gospodarzem była nasza Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych.

Obchody rozpoczęła Msza Świąta w intencji Pielęgniarek/Pielęgniarzy i Położnych, która odbyła się w Kościele p.w. Św. Józefa Oblubieńca NMP w Świeradowie Zdroju.

Uroczystość miała charakter spotkania edukacyjnego, rozpoczęła ją Przewodnicząca ORPIP w Jeleniej Górze Elżbieta Gajowniczek, która przywitała przybyłych gości i złożyła wszystkim Pielęgniarkom i Położnym najlepsze życzenia z okazji ich Świąta oraz podziękowała za trud i wysiłek włożony w codzienną troskę o dobro pacjentów.

Następnie wykład nt. „Zdarzenia niepożądane, a pielęgniarski błąd medyczny. Zagadnienia wybrane” poprowadziła prof. dr hab. Dorota Karkowska.

Po części szkoleniowej i bufecie śniadaniowo-kawowym odbyła się część artystyczna, w czasie której wystąpił Duet Matzeński – Agencja Artystyczna Skala Dorota Ujda-Jankiewicz (sopran), Andrzej Jankiewicz (tenor) z koncertem operetki i musicalu, a Anna Jankiewicz (taniec) w pięknych kostiumach prezentowała tańce z różnych stron świata. Było muzycznie, dużo humoru i świetna zabawa. Zarówno artystów jak i publiczność przepięknie pozytywna energia i mnóstwo pięknych emocji.

Mamy nadzieję na kolejne spotkanie za rok.









★

Na tamten świat nikt się nie spóźnia,
a niektórzy są tam nawet przed czasem...

★

Z głębokim smutkiem żegnamy naszą Koleżankę,

**Pielęgniarkę
EWĘ ZAJĄCZKOWSKĄ**

która odeszła po ciężkiej chorobie w wieku 46 lat.

Rodzinie i Bliskim wyrazy współczucia

składają

Zarząd, Pielęgniarka Naczelna oraz zespół Pielęgniarek i Położnych
Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Lwówku Śląskim





Ministerstwo Zdrowia

Podsekretarz Stanu
Piotr Bromber

RKP.0212.28.2022.IG
Warszawa, 11 maja 2023

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

w nawiązaniu do wcześniejszej korespondencji (znak: RKP.0212.28.2022.IG), w sprawie kształcenia podyplomowego dla pielęgniarek i położnych z Ukrainy, uprzejmie przekazuję informacje w zakresie spełnienia warunku posiadania co najmniej 2 letniego stażu pracy w zawodzie w okresie ostatnich 5 lat przed przystąpieniem do specjalizacji.

Zgodnie z art. 67 ust. 4 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 2702, z późn. zm.) do specjalizacji mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które:

- 1) posiadają prawo wykonywania zawodu;
- 2) pracowały w zawodzie co najmniej przez 2 lata w okresie ostatnich 5 lat;
- 3) zostały dopuszczone do specjalizacji po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego za pośrednictwem Systemu Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych "SMK".

Odnosząc się do warunku dopuszczenia do specjalizacji, o którym mowa w art. 67 ust. 4 pkt 2 ustawy, tj. wymaganych co najmniej 2 lat pracy w zawodzie w okresie ostatnich 5 lat, należy wskazać, że przepis ten nie odnosi się do miejsca wykonywania zawodu, lecz do samego pojęcia wykonywania zawodu zdefiniowanego w art. 4 i 5 ww. ustawy, a zatem do rodzaju wykonywanych czynności.

W związku z tym, że nie można uznać za równoważną działalność zawodową pielęgniarki i położnej w każdym państwie trzecim z wykonywaniem tego zawodu w Rzeczypospolitej Polskiej RP, należy przyjąć, że wymagany staż pracy powinien dotyczyć stażu pracy zdobytego w Polsce lub w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Z wyrazami szacunku
Piotr Bromber
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisano elektronicznie/



VIII Krajowy Zjazd
Pielęgniarek i Położnych

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

Załącznik do Uchwały nr 18 Krajowego Zjazdu
Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 maja 2023 r.

KODEKS ETYKI ZAWODOWEJ PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

PRZYRZECZENIE

Z szacunkiem i dumą przyjmuję nadany mi tytuł zawodowy pielęgniarki, położnej i uroczyście przyrzekam:

- 1. Sprawować profesjonalną i troskliwą opiekę nad zdrowiem i życiem ludzkim na każdym jego etapie.*
- 2. Promować zdrowie, zapobiegać chorobom, pielęgnować chorych, uczestniczyć w procesie terapeutycznym, przeciwdziałać cierpieniu i łagodzić jego skutki, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.*
- 3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi, w szczególności bez względu na wiek, płeć, kolor skóry, narodowość, religię, kulturę, przynależność społeczną, chorobę, niepełnosprawność, orientację seksualną.*
- 4. Okazywać pacjentom należyne szacunek i empatię, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.*
- 5. Strzec godności zawodu pielęgniarki, położnej, do przedstawicieli swojej i innych grup zawodowych odnosić się z szacunkiem i życzliwością, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.*
- 6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić i aktualizować wiedzę, umiejętności i kompetencje zawodowe.*
- 7. Rzetelnie wypełniać obowiązki zawodowe pielęgniarki, położnej.*

CZEŚĆ OGÓLNA

Art. 1

1. Kodeks wyraża podstawowe zasady etyki zawodowej pielęgniarki i położnej.
2. Zasady etyki zawodowej pielęgniarki i położnej wynikają z uznania przyrodzonej, niezbywalnej i nienaruszalnej godności człowieka, jego podmiotowości i autonomii oraz prawa do pełnego rozwoju fizycznego, psychicznego, społecznego, kulturowego i duchowego.
3. Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych ogłasza Kodeks publicznie dla dobra każdego człowieka i całego społeczeństwa.

Art. 2

1. Kodeks służy należytemu wykonywaniu zawodu pielęgniarki i zawodu położnej, wyrażając ich wartości i zasady etyczne, które znajdują uznanie społeczne, wzbudzają zaufanie do pielęgniarki i położnej, potwierdzają ich przywiązanie do ideałów profesjonalizmu i dbałość o godność zawodu.
2. Pielęgniarka i położna swoją postawą osobistą i zawodową dba o prestiż zawodu podnosząc jego znaczenie w społeczeństwie.
3. Pielęgniarka i położna wykonuje zawód z należyłą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta, postępując zgodnie z aktualną wiedzą medyczną i obowiązującymi standardami zawodowymi, w celu ochrony zdrowia i życia pacjenta oraz zminimalizowania ryzyka zdarzeń niepożądanych.
4. Podejmując aktywność w środkach masowego przekazu, w tym w szczególności w prasie, telewizji i Internecie, pielęgniarka i położna zobowiązane są przestrzegać zasad etyki zawodowej określonych w Kodeksie.

Art. 3

1. Kodeks nie zastępuje prawa powszechnego oraz uregulowań i rozstrzygnięć administracyjnych.
2. Kodeks stanowi o zobowiązaniach i powinnościach natury moralnej.
3. Naruszenie Kodeksu stanowi podstawę do wszczęcia postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Art. 4

Prawem i obowiązkiem pielęgniarki i położnej jest propagowanie oraz wdrażanie Kodeksu w procesie kształcenia zawodowego i praktyki zawodowej.

Art. 5

1. Czynności zawodowe pielęgniarki, położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia i życia ludzkiego.
2. Pielęgniarka i położna nie wolno uczestniczyć w torturach lub okrutnym, nieludzkim i poniżającym traktowaniu człowieka, nie wolno jej wykorzystywać wiedzy i umiejętności dla stosowania jakichkolwiek form niehumanitarnego postępowania.

Art. 6

Pielęgniarka i położna prowadząc działalność naukową, badawczą, edukacyjną i administracyjno - organizacyjną przestrzega zasad przyjętych w Kodeksie.

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA**Godność człowieka, zdrowie i życie****Art. 7**

1. Pielęgniarka i położna chroni życie i zdrowie ludzkie od poczęcia do śmierci.
2. Bezpieczeństwo pacjentów jest przedmiotem szczególnej troski pielęgniarki i położnej.
3. Pielęgniarka i położna zobowiązana jest do udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w sytuacji nagłego zagrożenia życia.

Art. 8

1. Pielęgniarka i położna szanuje godność każdego człowieka.
2. Respektując godność pacjenta pielęgniarka i położna odnosi się do niego życzliwie, z empatią i troską oraz z cierpliwością i wyrozumiałością.
3. Pielęgniarka i położna zapewnia pacjentowi prywatność, chroni jego godność osobistą i intymność, naruszając je tylko w stopniu niezbędnym dla prawidłowego postępowania terapeutycznego i wykonania świadczeń zdrowotnych.
4. Pielęgniarka i położna umożliwia pacjentowi kontakt z rodziną lub inną osobą bliską, w miarę potrzeby pomaga w sprawowaniu nad nim opieki oraz edukuje w zakresie dalszego postępowania pielęgnacyjnego.
5. Pielęgniarka i położna, nie może żądać od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia ani też uzależniać swych usług od uzyskania korzyści materialnych.
6. Na prośbę pacjenta lub jego rodziny pielęgniarka i położna umożliwia kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie ku temu warunki.

Świadoma zgoda pacjenta i szacunek dla jego autonomii

Art. 9

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z kwalifikacjami zawodowymi pielęgniarki, położnej wymaga uzyskania świadomej zgody pacjenta lub zgody zastępczej wyrażonej przez osobę lub podmiot wskazany w przepisach prawa.
2. Pacjent ma prawo odmówić poddania się świadczeniom zdrowotnym wykonywanym przez pielęgniarkę lub położną.
3. W przypadkach odmowy wyrażenia zgody przez pacjenta pielęgniarka, położna powinna poinformować go o możliwych skutkach jego decyzji.
4. Wola pacjenta niezdolnego do rozeznania swojej sytuacji zdrowotnej powinna być uwzględniana stosownie do jego sprawności intelektualnej i zdolności komunikowania się.

Informowanie pacjenta

Art. 10

1. W zakresie wykonywanych świadczeń zdrowotnych pielęgniarka i położna udziela pacjentowi informacji o stanie zdrowia, sposobie i metodach proponowanego postępowania, ich znaczeniu i celu, oczekiwanych skutkach oraz ich ryzyku w sposób przystępny i rzetelny.
2. Pacjent ma prawo upoważnić osobę, której pielęgniarka i położna będzie udzielała informacji w zakresie wskazanym przez pacjenta.
3. Gdy pacjentem jest osoba małoletnia lub osoba niezdolna do rozeznania swojej sytuacji, pielęgniarka i położna ma obowiązek informowania rodziców, opiekunów prawnych i faktycznych lub innych osób upoważnionych, o stanie jego zdrowia w zakresie sprawowanej przez nią opieki.
4. Pielęgniarka i położna na żądanie pacjenta może go nie informować o stanie zdrowia w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń zdrowotnych.

Art. 11

Pielęgniarce i położnej nie wolno wykorzystywać swego wpływu na pacjenta w innym celu niż terapeutyczny.

Art. 12

Pielęgniarka i położna udziela pacjentowi porad merytorycznych dotyczących produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Art. 13

Pielęgniarka i położna nie może wyrażać sprzeciwu, aby pacjent zasięgał opinii u innej pielęgniarki i położnej.

Tajemnica zawodowa

Art. 14

1. Pielęgniarka i położna ma obowiązek przestrzegania tajemnicy zawodowej.
2. Pielęgniarka i położna nie może ujawniać informacji o pacjencie i jego środowisku rodzinnym lub społecznym uzyskanych w związku z pełnieniem swojego zawodu.
3. Wyłączenie zachowania tajemnicy zawodowej jest możliwe tylko w przypadkach przewidzianych przepisami prawa.
4. Pielęgniarka i położna nie może bez zgody pacjenta, a w przypadku dziecka jego rodziców lub opiekunów prawnych, publikować jego wizerunku, wypowiedzi, nagrań i wszelkich danych wrażliwych dotyczących pacjenta, w szczególności na stronach internetowych, w czasopiśmie i innych środkach społecznego przekazu.

Medycyna transplantacyjna

Art. 15

1. Pielęgniarka i położna może uczestniczyć w zabiegach transplantacyjnych z zachowaniem przepisów prawa i norm etycznych obowiązujących w transplantologii.
2. Pielęgniarka i położna może uczestniczyć w działaniach, które podnoszą świadomość społeczną w zakresie transplantologii.

Prokreacja człowieka

Art. 16

Pielęgniarka i położna udziela rzetelnych informacji dotyczących regulacji poczęć, metod i środków w zakresie świadomej prokreacji, zgodnych ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej.

Art. 17

1. Położna powinna przyczynić się do stworzenia godnych warunków i rodzinnej atmosfery w czasie porodu.
2. Pielęgniarka i położna zachowuje postawę szczególnej empatii wobec kobiet i osób jej bliskich, które dowiadują się o ciężkim uszkodzeniu płodu, obumarłej ciąży, jak również tych kobiet, których ciąża jest wynikiem przestępstwa.

Art. 18

Pielęgniarka i położna ma prawo odmówić udziału w zabiegu przerwania ciąży i nie może utrudniać kobiecie skorzystania z tego prawa, jeśli to prawo przysługuje jej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Eksperyment medyczny**Art. 19**

1. Pielęgniarka i położna współuczestniczy, w miarę swoich możliwości, w rozwoju badań naukowych z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa oraz edukacji swojej grupy zawodowej.
2. Pielęgniarka i położna powinna upowszechniać osiągnięcia naukowo badawcze związane z wykonywaniem zawodu poprzez wystąpienia i publikacje. Publikacje te powinny być rzetelne i pozbawione znamion sensacji.
3. Pielęgniarka i położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi.

Opieka nad pacjentem u kresu życia**Art. 20**

Pielęgniarce i położnej nie wolno uczestniczyć w przeprowadzaniu eutanazji oraz pomagać pacjentowi w dokonaniu samobójstwa wspomaganego.

Art. 21

Pielęgniarka i położna powinna dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną oraz godne warunki umierania, z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości.

Pielęgniarka i położna a współpracownicy

Art. 22

Pielęgniarka i położna postępuje w sposób, który umacnia zaufanie pomiędzy pielęgniarkami i położnymi oraz innymi współpracownikami.

Art. 23

1. Pielęgniarka i położna okazuje szacunek, życzliwość, lojalność oraz koleżeństwo innym pielęgniarkom i położnym.
2. Niedopuszczalne są zachowania i postawy pielęgniarki, położnej o charakterze mobbingu, molestowania, manipulacji lub innego rodzaju naruszeń godności i dóbr osobistych innych osób.
3. Pielęgniarka i położna nie może znieważać, zniesławiać członków samorządu oraz bez ich zgody publikować, w szczególności na stronach internetowych, w czasopiśmie i biuletynach, wizerunku lub nagrań naruszających ich dobra osobiste.
4. Pielęgniarka i położna pełniąca obowiązki kierownicze nie może wydawać poleceń podległym jej osobom sprzecznych z przepisami prawa, wykorzystując w tym celu swoje stanowisko lub pozycję w hierarchii zawodowej.

Art. 24

Pielęgniarka i położna wystrzega się nieuzasadnionej krytyki postępowania koleżanek i kolegów, jednocześnie nie dopuszczając do ukrywania i tuszowania zdarzeń niepożądanych oraz dyskryminowania osób, które je ujawniają.

Art. 25

1. Uwagi o dostrzeżonych przez pielęgniarkę i położną błędach w postępowaniu innej pielęgniarki lub położnej należy przekazać najpierw tej pielęgniarence lub położnej, która ten błąd popełniła.
2. W przypadku nieskuteczności interwencji, o której mowa w ust. 1, uwagi należy przekazać jej przełożonemu.
3. W razie nieskuteczności działania określonego w ust. 2, należy powiadomić okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych.

Art. 26

Pielęgniarce i położnej nie wolno podejmować czynności zmierzających do pozbawienia innej pielęgniarki i położnej zatrudnienia lub przejęcia opieki nad jej pacjentem.

Art. 27

Dobrym zwyczajem jest udzielanie nieodpłatnej opieki pielęgniarskiej i położniczej pielęgniarkom i położnym, które tej pomocy potrzebują.

Status społeczny i prawny pielęgniarki i położnej**Art. 28**

Pielęgniarka, położna pełniąca funkcję w organach samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, którą ukarano za przewinienie zawodowe i wobec której sąd dyscyplinarny wydał prawomocny wyrok skazujący, jest zobowiązana zrezygnować z pełnionej funkcji.

Art. 29

1. Pielęgniarka i położna powinna angażować się w działalność samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, towarzystw naukowych i innych organizacji zawodowych działających na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa.
2. Pielęgniarkę i położną obowiązuje szacunek i lojalność wobec organów samorządu zawodowego.
3. Obowiązkiem pielęgniarki i położnej jest przestrzeganie uchwał organów samorządu niezależnie od ich osobistej oceny.

Współpraca z przemysłem**Art. 30**

Pielęgniarce i położnej nie wolno propagować oraz stosować metod diagnostycznych i leczniczych niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną, zachęcać do stosowania lub propagowania produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych o niepotwierdzonej wiarygodności diagnostycznej lub skuteczności terapeutycznej.

Art. 31

Pielęgniarka i położna biorąca udział w badaniach na zlecenie producenta produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego ma obowiązek przeciwdziałać nieobiektywnemu przedstawianiu wyników tych badań w publikacjach.

Art. 32

1. Zasady współpracy pielęgniarki i położnej z producentami produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych powinny być wolne od konfliktów interesów, przejrzyste dla każdej ze współdziałającej stron, pacjentów i opinii publicznej.
2. Przestrzeganie zasad przejrzystości w relacjach z producentami produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, powinny służyć dobru pacjenta.

Promocja i edukacja zdrowotna

Art. 33

Pielęgniarka i położna powinna podejmować działania w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, w szczególności propagować zdrowy styl życia i postawy proekologiczne.

Postanowienia końcowe

Art. 34

1. W przypadkach nieregulowanych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej zastosowanie mają normy ogólnie obowiązującego prawa oraz zasady wyrażone przez organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.
2. Wszelkie zmiany w Kodeksie mogą być dokonane jedynie przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.
3. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej wchodzi w życie po uchwaleniu przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

UZASADNIENIE

Projekt Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej wpisuje się w potrzebę aktualizacji wymuszonej zmianami, które zaszły w ciągu ostatnich 20 lat zarówno w funkcjonowaniu społeczeństwa jak i powyższych zawodów. Poprzednio obowiązujący Kodeks, przyjęty uchwałą nr 9 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 9 grudnia 2003r. wymagał zaktualizowania, uporządkowania i wprowadzenia regulacji nowych sfer funkcjonowania zawodów, dostosowania do zmian rozwoju społecznego.

W przedmiotowym projekcie wprowadzone cechy charakterystyczne dla aktu prawnego (artykuły) co podkreśliło i zaakcentowało jego rangę oraz znaczenie prawne.

Nowelizacja Kodeksu jest konieczna ze względu na stale dokonujące się zmiany, jakie zachodzą w środowisku pielęgniarek i położnych na podłożu zawodowym i prawnym, a także środowisku społecznym, w którym funkcjonują i które stawia przed nimi nowe wyzwania.

Na przestrzeni ostatnich 20 lat ustawodawca dokonywał wielu zmian (uchyłanie, rozszerzenie lub wprowadzenie nowych przepisów) m.in. w zakresie:

- wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej i prawa korzystania z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych,
- obowiązku udzielenia pomocy, jak również odmowy wykonania zlecenia lekarskiego lub innego świadczenia,
- uzyskiwania prawa wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej przez cudzoziemców,
- rozszerzania uprawnień zawodowych pielęgniarki i położnej w kierunku samodzielności zawodowej,
- kształcenia zawodowego pielęgniarki i położnej.

Proponowane zmiany stanowią pozytywny krok w kierunku dostosowania norm etyki zawodowej pielęgniarki i położnej do współczesnych realiów oraz dowód troski samorządu o należyte wykonywanie tych zawodów.

Celem projektu Kodeksu jest przede wszystkim podkreślenie działania zawodowego zgodnego z zasadami aktualnej wiedzy medycznej, wprowadzenie regulacji ochrony dóbr osobistych pacjenta, w tym obowiązku uzyskania jego zgody na rozpowszechnienie, np. wizerunku, podkreślenie obowiązku przestrzegania tajemnicy zawodowej, udziału w transplantologii oraz promocji zdrowia.

Uregulowano także działania zawodowe pielęgniarek i położnych w sytuacjach, w których mogą one odmówić udziału w zabiegach i eksperymentach medycznych oraz w przypadku kobiet, np. z rozpoznaniem ciąży obumarłej lub ciąży powstałej w wyniku przestępstwa. Określono zakaz uczestniczenia w przeprowadzaniu eutanazji oraz pomagania pacjentowi w samobójstwie wspomaganym. Określono zakaz uczestniczenia w pielęgniarek i położnych w formach niehumanitarnego postępowania.

Wprowadzono zakaz propagowania i stosowania metod leczniczych i diagnostycznych niezgodnych z aktualną wiedzą medyczną oraz zasady działania pielęgniarek i położnych biorących udział w badaniach na zlecenie producentów produktów leczniczych, środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego.

Propozycje zmian Kodeksu podkreślają pozytywne postawy wobec współpracowników, określają zachowania negatywne podlegające odpowiedzialności zawodowej. Ułatwi to pielęgniarkom i położnym także działania w zakresie stosunków pomiędzy członkami zespołów terapeutycznych.

Projekt zmian przewiduje jako samodzielną podstawę odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych - mobbing, manipulacje lub innego rodzaju naruszenia godności i dóbr osobistych innych osób oraz znieważenie, zniesławienie innych członków samorządu zawodowego.

Zmiany Kodeksu polegające na uszczegółowieniu i aktualizacji zasad etyki postępowania zawodowego pielęgniarek i położnych umożliwią zwiększenie efektywności prewencji zawodowej, co wpłynie na bezpieczeństwo wykonywania obu zawodów oraz pacjentów.

Dzięki zmianom Kodeksu, zawarte w nim zasady pozwolą na lepszą orientację osób wchodzących do zawodów odnośnie zasad moralnych wiążących się z jego wykonywaniem.

Działania sprzeczne z Kodeksem są podstawą odpowiedzialności zawodowej przez sądami pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z dotychczasowymi statystykami ok 70% spraw prowadzonych przez ww. sądy pielęgniarek i położnych dotyczy postępowań polegających na działaniach sprzecznych z Kodeksem. Proponowane zmiany umożliwią sądom zawodowym ujednoczenie orzecznictwa i dostosowanie ich do współczesnych realiów wykonywania zawodu oraz ułatwią analizę wpływających skarg.

W projekcie została uwzględniona zasada proporcjonalności, gdyż proponowane zapisy są proporcjonalne do zakładanych celów i niezbędne dla zagwarantowania zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia, w sposób zgodny z treścią motywu 30 dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2018/958 z dnia 28 czerwca 2018 r. w sprawie analizy proporcjonalności przed przyjęciem nowych regulacji dotyczących zawodów (Dz. Urz. UE L 173 z 09.07.2018, str. 25), w szczególności podniesienia zakresu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Projektowane regulacje określające zasady etyki zawodowej pielęgniarki i położnej nie są dyskryminujące ze względu na obywatelstwo lub miejsce zamieszkania. Zastosowane zapisy są uzasadnione nadrzędnymi względami interesu ogólnego, są odpowiednie dla osiągnięcia wyznaczonego celu i nie wykraczają poza to, co niezbędne.

Zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. *o samorządzie pielęgniarek i położnych* (t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 628) członkowie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych są obowiązani postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Z kolei w myśl art. 20 pkt 1 ww. ustawy zasady etyki zawodowej określa w drodze uchwały Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. W związku z powyższym konieczne jest uregulowanie na poziomie uchwały zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej.

Wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Stosownie do art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2702 ze zm.) pielęgniarka i położna wykonują zawód (udzielają świadczeń zdrowotnych), z należytą starannością, zgodnie z zasadami etyki zawodowej, poszanowaniem praw pacjenta, dbałością o jego bezpieczeństwo, wykorzystując wskazania aktualnej wiedzy medycznej oraz pośrednictwo systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. Pielęgniarka i położna udzielając pacjentowi świadczeń zdrowotnych musi zatem postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Tym samym dla zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędne jest określenie zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej.

Regulacje zawarte w projekcie uchwały pozwolą na wykonywanie powyższych zawodów jedynie przez osoby legitymujące się właściwymi kompetencjami etycznymi oraz będą gwarancją udzielania pacjentowi świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne, zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Oznacza to, że projektowane regulacje są niezbędne do wprowadzenia ich w życie z punktu widzenia ochrony interesów zdrowotnych pacjentów. Brak jest możliwości zastosowania innych środków, które przyczyniłby się do osiągnięcia powyższego celu. Brak jest bowiem innych przepisów określających zasady etyki zawodowej pielęgniarki i położnej, których dotyczy projektowana uchwała.

W zakresie skutków projektowanych regulacji w związku z regulacjami funkcjonującymi w innych zawodach medycznych (np. kodeks etyki lekarskiej) należy uznać, iż nowe regulacje przyczynią się do zwiększenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Uregulowanie na poziomie uchwały zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej jest również niezbędne z punktu widzenia kwestii odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących zawód pielęgniarki i położnej. Pielęgniarki i położne będące członkami samorządu zawodowego podlegają bowiem odpowiedzialności zawodowej m.in. za naruszenie zasad etyki zawodowej. Niezbędne jest zatem określenie przesłanek naruszenia zasad etyki zawodowej przez pielęgniarkę lub położną, które skutkować będą podleganiem odpowiedzialności zawodowej. Brak ww. regulacji wiązałby się z ryzykiem nieponoszenia odpowiedzialności za przewinienia zawodowe związane z naruszeniem zasad etyki zawodowej. Powyższe miałyby również istotne znaczenie dla pacjentów pielęgniarek i położnych, gdyż brak ww. regulacji zwiększałby ryzyko dla bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Określenie zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej w drodze uchwały będzie miało wpływ na przynależność do samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, w przypadku łamania tych zasad przez pielęgniarkę i położną – naruszenie zasad etyki zawodowej określonych w projektowanych regulacjach może stanowić podstawę do pozbawienia prawa wykonywania zawodu i wykreślenia z okręgowego rejestru pielęgniarek lub okręgowego rejestru położnych. Powyższe regulacje są niezbędne i bezpośrednio wpływają na zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych, gdyż pielęgniarka lub położna, która została pozbawiona prawa wykonywania zawodu nie może już udzielać świadczeń zdrowotnych pacjentom.

Ponadto, poprzez nowe regulacje zostanie osiągnięty cel sformułowany w przepisach z zakresu prawa ochrony konsumentów zapewniający ochronę interesów konsumentów (pacjentów). Projektowane regulacje przyczynią się do zabezpieczenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom, przez zapewnienie udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarki i położne zgodnie z zasadami etyki zawodowej.

Należy uznać, że projektowane regulacje są zgodne z zasadą uzasadnionego charakteru, gdyż cele wprowadzenia przepisów regulacyjnych, służą interesowi publicznemu, jakim jest zapewnienie wysokiego poziomu ochrony zdrowia. Jednocześnie nowe regulacje, są adekwatne do założonego celu polegającego na zapewnieniu bezpieczeństwa zdrowotnego pacjenta w procesie udzielania świadczeń zdrowotnych poprzez określenie zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej oraz przewidują spójny i systematyczny sposób osiągnięcia tego celu. Projektowane regulacje są zgodne z zasadą niedyskryminującego charakteru, ponieważ wprowadzone przepisy regulacyjne nie są bezpośrednio albo pośrednio dyskryminujące ze względu na miejsce zamieszkania, czy przynależność państwową.

Projekt uchwały podlegał konsultacjom publicznym, jednakże nie zgłoszono żadnych uwag.



BÓL GŁOWY U DZIECI NIEDOCENIANY PROBLEM

A ANNA
JAROSZ

Paluszek i główka to szkolna wymówka. Każdy zna to powiedzenie. Bywa używane w różnych kontekstach, ale najczęściej jest komentarzem do sytuacji, gdy dziecko skarży się na ból głowy i z tego powodu nie chce iść do szkoły lub wykonać jakiegoś polecenia rodzica. A może jest tak, że nie doceniamy problemu, którym są bóle głowy u dzieci?

Bóle głowy to dolegliwość bardzo powszechna we wszystkich grupach wiekowych. Być może ta „powszechność” przypadłości sprawia, że patrzymy na nią z przymrużeniem oka, bagatelizujemy i nie zawsze staramy się odkryć przyczyny bólu głowy u dziecka. Tymczasem badania pokazują, że aż 60% dzieci doświadcza bólu głowy, a część z nich z tego powodu jest hospitalizowana.

To nie nerwica

– Rocznie 5% naszych pacjentów trafia do szpitala z powodu bólu głowy – mówi prof. dr hab. n. med. Ewa Pilarzka, neurolog dziecięcy z Kliniki Neurologii Rozwojowej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. – Przyczyny bólu głowy u dzieci są bardzo różne. Część to bóle objawowe, które wynikają z konkretnej choroby. Bólem głowy mogą się objawiać nie tylko schorzenia neurologiczne, ale także schorzenia laryngologiczne, okulistyczne czy pourazowe. Bóle objawowe stanowią 10% wszystkich bólów głowy. Oddzielną grupą są bóle samoistne, które nie mają związku z chorobą czy uszkodzeniem mózgu. 10% samoistnych bólów głowy ma związek z migreną, a pozostałą, znaczącą część, stanowią bóle typu napięciowego. Wachlarz

przyczyn napięciowych bólów głowy jest bardzo szeroki i dlatego jest to poważny problem diagnostyczny. Badania neuroobrazowe, które wykonujemy u dzieci nie wykazują żadnych nieprawidłowości.

Rodzice dość często uważają, że ból głowy u dziecka to nerwica. Lekarze mówią o psychogennych przyczynach bólu głowy, które nie zawsze można łatwo rozpoznać. Małe dzieci zwykle nie potrafią określić, jakiego rodzaju bólu doświadczają. Rodzice zaś nie zawsze są na tyle uważni, aby podpowiedzieć specjalistom, w jakich sytuacjach ból się pojawia. Łatwiej się rozmawia ze starszymi dziećmi czy nastolatkami, bo oni dokładnie opisują swoje dolegliwości.

Lepiej być uważnym

– Ból głowy, niezależnie od tego, czy jest on samoistny, czy objawowy, nie występuje bez przyczyny – podkreśla prof. Pilarska. – Każdy ból głowy, który zgłasza dziecko, powinien zainteresować rodzica. Szczególnej troski wymaga sytuacja, gdy bólowi głowy u dziecka towarzyszy np. zmiana zachowania, nudności, wymioty, niechęć do aktywności. Dla prawidłowego postawienia diagnozy ogromne znaczenie ma czas występowania bólu. Jeśli pojawia się on w nocy, wybudza dziecko ze snu, u rodzica powinna zapalić się lampka ostrzegawcza. Podobnie gdy ból pojawia się rano, występuje razem z wymiotami, które nie mają związku ze spożytym jedzeniem.

Dla prawidłowego rozpoznania przyczyn bólu głowy niezwykle ważny jest starannie zebrany wywiad, zarówno od rodziców czy opiekunów, jak i samego dziecka. Znaczenie ma lokalizacja bólu, jego nasilenie, jaki jest rodzaj bólu (tępy, pulsujący czy opasujący), czy wraz z bólem pojawiają się inne dolegliwości, np. zaburzenia widzenia, zaburzenia czucia, osłabienie kończyn, zaburzenia mowy, niechęć do jedzenia. Bardzo ważną wskazówką jest informacja o nietolerancji hałasu czy światła. Istotne jest i to,



w jakich sytuacjach pojawia się ból, co go prowokuje, czy dziecko przyjmuje jakieś leki. Niedocenianym czynnikiem wywołującym ból głowy u dziecka jest sytuacja rodzinna, sytuacja społeczna czy warunki, w jakich wychowuje się dziecko.

Krzywa rośnie z wiekiem

Częstość występowania bólów głowy nasila się wraz z wiekiem. Napięciowe bóle głowy pojawiają się w 6–7. roku życia, a nasilają się około 12. roku życia. Częściej u dziewczynek niż u chłopców.

– Nieco inaczej jest przy migrenie – wyjaśnia profesor. – W 6–7. roku życia ból częściej występuje u chłopców. Później sytuacja się zmienia i ból migrenowy częściej pojawia się u dziewczynek. Atak migreny u dziecka może trwać od 2. do 72. godzin. Według międzynarodowej klasyfikacji bólów głowy, a taką się posługujemy, migrenowy ból głowy u dorosłych może trwać od 4. do 72. godzin.

Rzadko podkreśla się fakt, że powtarzające się bóle głowy dezorganizują życie dziecka. Silny ból głowy uniemożliwia pójście do szkoły. Gdy atak minie, organizm jest wyczerpany i potrzebuje czasu na regenerację, co także przekłada się na pomijanie codziennych aktywności. Inaczej mówiąc, nad wszystkim dominuje przejmujące zmęczenie.

Po nitce do kłębka

– Przy objawowym bólu głowy ból pojawia się z powodu konkretnej przyczyny – mówi prof. Ewa Pilarska. – Jeżeli dziecko ma wadę wzroku, która objawia się bólem głowy, dobranie odpowiednich okularów sprawi, że ból nie będzie występował. Podobnie jest przy schorzeniach laryngologicznych. Gdy dziecko ma ostre zapalenie zatok, które uda się skutecznie wyleczyć, bóle głowy ustąpią.

Przy napięciowych bólach głowy postawienie prawidłowej diagnozy i ustalenie przyczyny bólu nie jest takie proste, bo jest ich bardzo dużo. Ból może być wywołany przez stres. Dzieci, które trafiają do kliniki skarżą się na przeciążenie obowiązkami szkolnymi. Powszechne dążenie do bycia najlepszym, nastawienie na sukces to sytuacje, które młodego człowieka mogą przerastać. Nasi pacjenci często żyją w lęku przed niezadowolaniem rodziców z otrzymanej oceny, obawiają się krytyki, że nie dość się starali. Jeżeli na to nałoży się trudna sytuacja rodzinna, bo np. rodzice są w trakcie rozwodu, kondycja psychiczna dziecka bardzo na tym cierpi. Efektem mogą być bóle głowy. Warto też zwrócić uwagę na ból spowodowany lękiem dzieci przed odrzuceniem przez rówie-



śników. Żyjemy w dość drapieżnych czasach, w których, zwłaszcza młodzież i starsze dzieci, oceniają się powierzchownie. Większe znaczenie dla akceptacji rówieśniczej ma to, jakiej marki buty ktoś nosi niż jego zdolności czy wiedza.

Napięciowe bóle głowy często są prowokowane przez nadmiar zajęć. Nauka języków, tenis, jazda konna. Krótko mówiąc, dziecko może być przeciążone obowiązkami, które nałożyli na niego rodzice. Efektem takiego dążenia do doskonałości są zaburzenia snu, rozdrażnienie. Jeżeli na to nałożymy zmiany ciśnienia atmosferycznego, na które dzieci reagują tak samo jak dorośli, życie w hałasie, w ciągłym pośpiechu i złą dietę – ból głowy gwarantowany. Aby uwolnić dziecko od dolegliwości, w większości przypadków konieczna jest pomoc psychologa lub psychiatry. Z pomocy psychologa korzystać powinni nie tylko dzieci, ale i rodzice czy opiekunowie.

Od lekceważenia do przerażenia

Rodzice dzieci, które cierpią z powodu bólu głowy, zawsze obawiają się diagnozy. Nikt nie chce usłyszeć – to guz mózgu. Objawy guza mózgu – nowotworu ośrodkowego układu nerwowego (OUN) – są różnorodne i zależą przede wszystkim od umiejscowienia i lokalizacji ogniska choroby oraz charakteru guza. Jednym z objawów nowotworu jest ból głowy, nasilony w porannych godzinach.

– Z doświadczenia wiem, że są rodzice, którzy myśląc o bólu głowy u dziecka, snują najczarniejsze scenariusze – mówi prof. Pilarska. – Ale są i tacy, którzy bagatelizują bóle głowy u dziecka. Kiedy w mózgu rozwija się guz, bóle głowy nie występują stale. Ale gdy pojawi się np. infekcja i wzrasta ciśnienie śródczaszkowe, ból się nasila. Niektórzy rodzice usprawiedliwiają ból głowy infekcją, bo przecież dziecko ma katar, jest przeziębione, więc i głowa ma prawo boleć. Jeśli dziecko zmaga się z porannymi wymiotami, tłumaczą je stresem związanym z pójściem do szkoły, z fobią szkolną. Zwykle odrzuca się poważne przyczyny bólu głowy.

Uważam, że każde dziecko, które cierpi na bóle głowy, powinno być nie tylko pod opieką pediatry, ale przynajmniej raz trafić do neurologa dziecięcego, który po zebraniu wywiadu i wykonaniu badań neurologicznych i neuroobrazowych wykluczy organiczne przyczyny bólów głowy. Poza tym w procesie diagnozowania bólów głowy warto prowadzić dzienniczek bólów głowy, w którym zapisujemy, kiedy ból się pojawił, jaki miał charakter, czym był wywołany. Dzienniczek ułatwia nie tylko postawienie prawidłowej diagnozy, ale także pozwala lepiej panować nad skutecznością leczenia. Daje wiedzę o ewentualnym nadużywaniu leków, pozwala określić typ bólu głowy.

W ostatnich latach dokonał się ogromny postęp w leczeniu migreny u dorosłych. Wprowadzenie do leczenia tryptanów znacznie poprawiło komfort życia dorosłych cierpiących na migreny. Dla dzieci ta terapia nie jest dostępna i zazwyczaj stosuje się niesteroidowe leki przeciwbólowe.

– Badania prowadzone na świecie pokazują, że tryptany można stosować u dzieci, ale w Polsce są one dostępne dopiero od 18. roku życia – wyjaśnia prof. Ewa Pilarska. – Przy napięciowych bólach głowy, zwłaszcza gdy są uporczywe, stosuje się też ogólnie dostępne niesteroidowe leki przeciwbólowe. Nie ma specjalnych leków na bóle głowy tylko dla dzieci. W walce z bólami głowy u dzieci najważniejsze jest znalezienie przyczyny bólu. Nie należy się obawiać, przekazania rodzicom informacji, że dziecko cierpi na napięciowy ból głowy. Praktyka podpowiada, że po postawieniu takiej diagnozy rodzice uspokajają się i często rezygnują z dalszej diagnostyki, bo dziecko ma prawidłowy obraz mózgu w rezonansie magnetycznym. Tymczasem dla dziecka problem nadal istnieje, bo ból głowy nie mija. A nie mija, bo nadal występują czynniki wyzwalające ból głowy. Rodzice niechętnie przyjmują informacje, że cierpienie dziecka ma związek ze stresem, w którym żyje czy też sytuacjami konfliktowymi w rodzinie.

W literaturze fachowej coraz częściej zwraca się uwagę na fakt, że bóle głowy u dzieci (także u dorosłych) mogą być objawem, często jedynym, depresji, która przecież nie omija dzieci i młodzieży – kontynuuje prof. Pilarska. – Ale, tu kamyczek do ogródka rodziców, wielu rodziców odrzuca myśl o tym, że ich dziecko może mieć depresję. W gabinecie często słyszę – przecież on wszystko ma, więc skąd depresja. Tłumaczę wtedy, że nie chodzi o posiadanie kolejnych rzeczy, ale o wyrównanie, uspokojenie emocji. A do tego jest potrzebna pomoc psychologa nie tylko dla dziecka, ale często dla całej rodziny. Niestety, zwykle trudno namówić rodziny na terapię, bo wciąż pokutuje przekonanie, że wizyta u psychologa czy psychiatry to wielki wstyd. ■

RÓŻNE OBLICZA ZAKRZEPICY

A 3D medical illustration of a blood vessel. The vessel is shown in a cross-section, with a network of fine, yellowish-green fibers lining its interior. A large, dense, red, irregular mass (a thrombus or blood clot) is attached to the vessel wall, partially obstructing the lumen. Numerous red blood cells, depicted as bright red, biconcave discs, are shown flowing through the vessel. The background is dark, making the vessel and its contents stand out.

Choroba zakrzepowo-zatorowa, potocznie nazywana zakrzepicą to bardzo demokratyczne schorzenie. Nie omija nikogo. Z jej powodu cierpią politycy, sportowcy, aktorzy, prawnicy. Przyjmuje się, że zakrzepica jest trzecią najbardziej rozpowszechnioną chorobą układu krążenia.

**A ANNA
JAROSZ**

Wiedza o objawach, przyczynach i zagrożeniach spowodowanych rozwojem zakrzepicy jest wciąż niedostateczna. Niestety, także wśród lekarzy. Przez pacjentów mylona jest z żylakami, czyli scho-rzeniem żył powierzchownych, natomiast zakrzepica dotyczy żył głębokich. Rozwija się, gdy w żyłach głębokich utworzą się skrzepliny, które stopniowo wypełniają wnę-trze żyły, przez co krew nie może prawidłowo przepływać. Dodatkowo skrzepliny te mogą być niestabilne, co dopro-wadza do ich oderwania się. Wówczas wraz z prądem krwi mogą trafić do tak ważnych narządów jak mózg i serce. Połączenie tych dwóch patologii jest niebezpieczne dla zdrowia i życia, a czas od powstania zatoru w tych waż-nych narządach do śmierci może być liczony w minutach.

Ukryte zagrożenie

13 października obchodzony jest światowy dzień zakrze-picy. Data nie jest przypadkowa, bo właśnie 13 paździer-nika 1821 roku urodził się Rudolf Virchow, twórca słynnej triady Virchowa, czyli obowiązującej do dziś teorii trzech głównych czynników, która wyjaśnia przyczyny powsta-wania zakrzepów w organizmie człowieka. Obecnie części składowe tej triady (uszkodzenie ściany naczynia krwiono-śnego, zaburzenia przepływu krwi, nadmierna krzepliwość krwi) są nadal uważane za główne, ale nie jedyne, czynniki mogące doprowadzić do zakrzepicy.

Skrzepliny mogą powstawać zarówno w naczyniach tętnicznych, jak i żylnych. Te powstałe w tętnicach prowadzą do zamknięcia światła tętnicy, co w rezultacie prowadzi do zawałów serca, udarów mózgu lub ostrego niedokrwie-nia innych narządów. O zakrzepicy mówi się zazwyczaj w odniesieniu do skrzeplin tworzących się w żyłach, jed-nakże jak widać ta tętnicza jest również zdradziecka i nie-bezpieczna. Dwie najbardziej niebezpieczne manifestacje żylnych choroby zakrzepowo-zatorowej to zakrzepica żył głębokich (głównie kończyn dolnych) i zatorowość płu-cna. Nazwa choroby odzwierciedla kolejność wydarzeń. Najpierw powstaje skrzeplina, np. w kończynach dolnych, a następnie drogą naczyń krwionośnych dostaje się do płuc, gdzie w naczyniach powoduje zator, np. w tętnicy płucnej.

Na zakrzepicę żył głębokich wszyscy jesteśmy narażeni w podobnym stopniu, choćby z powodu małej aktywno-ści fizycznej, otyłości i niezdrowej diety. Ale jej przebieg bywa różny nawet w tej samej grupie wiekowej. U czę-ści pacjentów z zakrzepicą (około 20%) dochodzi do en-dogennej fibrynolizy, czyli wytworzenia w organizmie substancji, która rozpuszcza skrzeplinę (zakrzep) i proces chorobowy ulega zahamowaniu, natomiast u pozostałych

chorych skrzeplina wypełnia w różnym stopniu naczynie żyłne. Jest ona zbudowana z włókniaka i krwinek czerwo-nych. Włókniak powstaje poprzez uaktywnienie się kaska-dy krzepnięcia, czyli procesów przyspieszających krzep-nięcie krwi. Tworzy się sieć, w której uwięzione są krwinki czerwone. Skrzeplina wygląda jak długi bezkształtny twór, czasami porównywany do tłustej dżdżownicy i może mieć długość nawet kilkudziesięciu centymetrów. Aby powstał zakrzep, musi zaistnieć kilka warunków, które określa się jako triadę Virchowa. W jej skład wchodzi: zaburzenia przepływu krwi, które pojawiają się, gdy jesteśmy unie-ruchomieni, np. po operacji; uszkodzenia naczyń krwio-nośnych przez wykonywane zastrzyki, kroplówki, cew-nikowanie naczyń lub urazy mechaniczne; nadmierna krzepliwość, która wywołana może być zmianami w skła-dzie krwi, co może mieć związek z chorobą nowotworo-wą, stosowaniem antykoncepcji czy terapii hormonalnej, a także z odwodnieniem.

Postawienie prawidłowej diagnozy przy zakrzepicy żył kończyn dolnych nie jest trudne. Wystarczy wykonać ba-danie ultrasonograficzne metodą Dopplera żył. Niestety, często pierwsze objawy zakrzepicy są lekceważone zarów-no przez pacjentów, jak i niektórych lekarzy. Zakrzepica żył głębokich objawia się bólem łydek, obrzękiem koń-czyn, a następnie zaczerwienieniem skóry oraz wyraźnym jej uciepleniem. Leczenie zakrzepicy polega głównie na przyjmowaniu leków przeciwkrzepliwych. Czas leczenia jest uwarunkowany rozległością i stopniem procesu cho-robowego oraz czynnikami ryzyka występującymi u pa-cjenta. Niektórzy chorzy muszą przyjmować leki do końca życia. Nowoczesne leczenie przeciwkrzepliwie oparte jest zarówno na farmakoterapii tabletkowej, jak i w postaci iniekcji podskórnych.

Warto tu dodać, że nieleczona choroba prowadzi do zespo-łu pozakrzepowego, który objawia się począwszy od de-fektów kosmetycznych w postaci brązowych przebarwień na łydkach do trudnych w leczeniu owrzodzeń podudzi.





Zatorowość płucna

Zatorowość płucna polega na zamknięciu lub zwężeniu tętnicy płucnej lub części jej rozgałęzień przez skrzepliny. Zatorowość płucna jest najczęściej spowodowana przemieszczeniem się do krążenia płucnego skrzeplin powstałych w żyłach głębokich kończyn dolnych lub miednicy mniejszej. Rzadziej skrzepliny pochodzą z żył górnej połowy ciała, np. żył podobojczykowych i pachowych. Może się zdarzyć, że materiałem zatorowym są kule cholesterolu lub pęcherzyki powietrza, lub płyn owodniowy, który w trakcie porodu lub jego powikłań przedostał się do żył miednicy mniejszej.

Przy ostrej zatorowości płucnej pojawia się ból w klatce piersiowej, duszność, kaszel, a czasem utrata świadomości. Każdego roku z tego powodu do szpitali, w trybie ratunkowym, trafiają pacjenci, którzy w swoim mniemaniu nie chorują na żadne choroby. Według najnowszych statystyk roczna częstotliwość incydentów zatoru płucnego wynosi 100–200 na 100 000 zdrowych osób. Dzięki nowym technikom diagnostycznym i nowym lekom od 2009 do 2019 roku śmiertelność z powodu zatorowości płucnej zmniejszyła się z 14 do 7,5 procenta. Zatorowość płucną rozpoznaje się podczas tomografii komputerowej lub badań naczyniowych płuc.

Zatorowość płucną, w zależności od stanu pacjenta, można leczyć farmakologicznie lub metodami kardiochirurgii. Rozpuszczenie skrzeplin lub wydobywanie ich z naczynia nie zawsze jest proste. Na szczęście inżynierowie opracowują coraz nowsze i doskonalsze narzędzia, dzięki którym można bezpiecznie usunąć nawet duże skrzepliny.

Zator tętnicy płucnej zawsze jest stanem zagrażającym

życiu pacjenta. Efekt leczenia zależy nie tylko od trafnego wyboru metody leczenia, ale także od czasu, w jakim podjęte będą decyzje. Pomocny w tym jest zespół reagowania w ostrej zatorowości płucnej CELZAT. Koncepcja Pulmonary Embolism Response Team (PERT) zyskała dużą popularność w USA w ciągu ostatnich lat. PERT jest grupą specjalistów zapewniających profesjonalne leczenie pacjentów z najbardziej skomplikowanymi przypadkami ostrej zatorowości płucnej. W 2017 roku specjaliści z Europejskiego Centrum Zdrowia Otwock wraz zespołem Katedry i Kliniki Kardiologii WUM ze Szpitala przy Banacha stworzyli PERT-CELZAT. Trzy lata później do CELZAT dołączyli kardiochirurdzy ze Szpitala Medicover w Warszawie. CELZAT zapewnia możliwość leczenia farmakologicznego, kardiochirurgicznego i interwencyjnego zatorowości płucnej. W ramach leczenia interwencyjnego wykonuje się zabiegi odsysania skrzeplin z tętnic płucnych systemem Indigo Penumbra, rozpuszczania skrzeplin za pomocą miejscowo podawanych leków trombolitycznych oraz wszczepiania filtrów do żyły głównej dolnej. Każdego roku od 150 do 200 pacjentów z ostrą zatorowością płucną korzysta z fachowej pomocy PERT-CELZAT. Co więcej, dzięki CELZAT lekarze z mniejszych ośrodków mogą konsultować się ze specjalistami przez całą dobę.

Zakrzepica a nowotwory

Rzadko się mówi o zakrzepicy w kontekście chorób nowotworowych, chociaż problem nie jest nowy. Ponad 150 lat temu francuski lekarz Armand Trousseau odkrył i opisał po raz pierwszy związek pomiędzy występowaniem nowotworów, a zakrzepowym zapaleniem żył spowodowanym nadkrzepliwością krwi. Tak więc od dawna wiadomo, że choroba nowotworowa jest jednym z największych, niezależnych czynników ryzyka rozwoju żylnych chorób zakrzepowo-zatorowej oraz wklajający ją w kilkudziesięciu procentach przypadków zator tętnicy płucnej. Ocenia się, że choroba zakrzepowo-zatorowa występuje u około 20–30% pacjentów z nowotworami, będąc drugą, po samym nowotworze, najczęstszą przyczyną zgonu w tej grupie chorych.

Ryzyko rozwoju zakrzepicy jest związane nie tylko z chorobą nowotworową. Sprzyjają jej także:

- leki stosowane w trakcie chemioterapii zwiększające krzepliwość krwi,
- konieczność wykonywania rozległych operacji, po których chory jest unieruchomiony,
- częste interwencje wewnątrznaczyniowe (np. wkłucie centralne),
- rozrost komórek nowotworowych, które stymulują czynniki krzepnięcia krwi,
- długotrwała hospitalizacja.

Zakrzepica najczęściej występuje u pacjentów chorych na raka trzustki i płuca (u 30% chorych), raka żołądka (15%), raka jelita grubego (3–10%), raka jajnika, macicy, prostaty i piersi (2–7%). Jeżeli chory na nowotwór ma zakrzepicę, to ryzyko zgonu wzrasta trzykrotnie. Trzeba też wiedzieć, że u chorych onkologicznie rośnie liczba przypadków zatorowości płucnej. Według statystyk medycznych zatorowość płucna dotyka ponad 30% chorych na nowotwór.

Zakrzepica po COVID-19

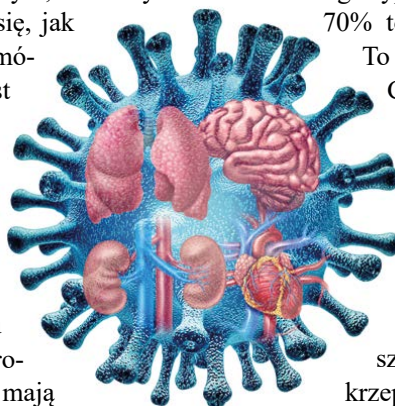
– Wirus SARS-CoV-2 od początku pandemii był niezwykle trudnym przeciwnikiem – przyznaje dr n. med. Piotr Ligocki, kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych 10. Wojskowego Szpitala Klinicznego w Bydgoszczy, który kierował dwoma oddziałami covidowymi. – Gdy zacząłem kierować oddziałem covidowym, koledzy z innych krajów, od których uczyliśmy się, jak postępować z chorymi, ostrzegali nas mówiąc: uważaj na zakrzepy i zatory, to jest kosa, która wycina pacjentów. Powikłania płucne w przebiegu COVID-19 są bardzo niebezpieczne, ale zakrzepy i zatory mogą zabić pacjenta w kilkanaście minut. Możliwość wystąpienia zakrzepicy i zatorowości u pacjentów o umiarkowanym i ciężkim przebiegu COVID-19 dotyczy przeważającego procenta chorych. Zarówno tych, którzy mają czynniki ryzyka, jak i tych, co ich nie mają. Bardzo szybko okazało się, że wirus przyczynia się do uruchomienia wszystkich elementów triady Virchowa. Tym samym ryzyko powstawania zakrzepów dotyczyło każdego pacjenta.

Zakrzepica to choroba, która ma wiele twarzy, a jej nowe oblicze to zakrzepica covidowa. Spustoszenie, jakie wirus wywołuje w organizmie, czasem jest trudne do wyobrażenia. Atakuje wszystkie narządy, a tzw. zespoły pocovidowe utrzymują się przez wiele miesięcy. U pacjentów, którzy przechorowali COVID-19, w różnych narządach stwierdza się, nawet w odległym czasie od przechorowania, różnego typu procesy zakrzepowe, w tym również mikrozatory. To pozwala wnioskować, że liczba przypadków zakrzepicy będzie rosła z co najmniej dwóch powodów – zakażenia SARS-CoV-2 i rosnącej liczby chorych na nowotwory. Również niebezpiecznym czynnikiem jest wzrost epidemii otyłości, która nasiliła się po okresie obostrzeń covidowych.

W wielu badaniach wykazano, że przejście COVID-19 zwiększa ryzyko udaru mózgu w okresie dwóch miesięcy

od zakażenia, a zakrzepicy żył głębokich – przez trzy miesiące. Jeszcze dłużej, bo przez pół roku, osoby zakażone bardziej są zagrożone zatorą płuc. Szwedzi dowiedli, że zakrzepica żył głębokich występowała u 4 pacjentów na 10 tys. z COVID-19. W przypadku tych, którzy nie mieli tej infekcji, zdarzało się to u jednej osoby na 10 tys., czyli czterokrotnie rzadziej. Z kolei zatorowość płucna pojawiała się u 17 osób na 10 tys. pacjentów leczonych z powodu COVID-19. Liczba pacjentów z zatorowością wzrastała w przypadku ciężkiego przebiegu choroby oraz u osób w podeszłym wieku.

– Zakrzepica po COVID-19 dotyczy wszystkich – twierdzi dr Ligocki. W takim samym stopniu tych, którzy mają czynniki ryzyka, jak i tych, którzy ich nie mają. Z chińskich badań wynika, że na początku 2020 roku, gdy nie było jeszcze jakichkolwiek standardów postępowania z pacjentami z COVID-19 śmiertelność z powodu różnego typu powikłań była bardzo wysoka, z czego 70% to były powikłania zakrzepowo-zatorowe.



To uzmysłowiło wszystkim, że u chorych na COVID-19 szybko należy wdrożyć leczenie przeciwzakrzepowe. Chcę podkreślić jeszcze jedną ważną rzecz. COVID nadal istnieje i jest równie niebezpieczny. Wielu z nas zaszczepiło się przeciwko tej chorobie i, nawet jeśli złapiemy wirusa, łagodniej przechodzimy infekcję. Ale nie oznacza to, że nie zagraża nam zakrzepica, szczególnie gdy mamy czynniki ryzyka zakrzepicy.

Leczenie przeciwzakrzepowe (heparyną) w oddziałach covidowych zmniejszyło śmiertelność o 60% – podkreśla Piotr Ligocki. – W oddziałach, którymi kierowałem, wszyscy pacjenci otrzymywali heparynę. Zalecaliśmy ją także po wyjściu ze szpitala. Osoby, które przechorowały COVID-19 powinny być pod stałą i uważną opieką lekarzy POZ. U wszystkich, bez względu na postać choroby, po przechorowaniu obowiązkowo powinno się wykonać RTG płuc oraz oznaczenie poziomu D-dimerów. To bardzo ważne, ponieważ podniesiony dwukrotnie powyżej normy poziom D-dimerów, może świadczyć o „pogotowiu” zakrzepowo-zatorowym. Ja w takich wypadkach proponuję, chociaż krótkotrwałą (14 dni) terapię profilaktycznymi dawkami heparyn (leki przeciwzakrzepowe), a tym bardziej zalecam ją, jeżeli są zmiany po przebytej infekcji w płucach. Wciąż nie wiemy dokładnie, jakie spustoszenie w naczyniach czyni SARS-CoV-2. Następstwa po infekcji SARS-CoV-2 mogą być bardzo różne i odległe w czasie. Dlatego trzeba zachować czujność i nie lekceważyć objawów, które pojawiają się nawet po wielu miesiącach po przechorowaniu COVID-19. ■



A MARTYNA
TOMCZYK

POKONAĆ STRACH PRZED STRATĄ DZIECKA

Z Katarzyną Wolską, naszą redakcyjną koleżanką i mamą małej Tosi, rozmawia Martyna Tomczyk.

Martyna Tomczyk: Jest Pani mamą trójki dzieci. Najmłodszym dzieckiem jest Tosia i to właśnie o Niej chciałabym porozmawiać. Zacznijmy od początku...

Katarzyna Wolska: Razem z mężem specjalnie nie staraliśmy się o kolejne dziecko, ale byliśmy otwarci na nowe życie. Kiedy dowiedziałam się, że jestem w ciąży, poczułam wielką radość, bo zawsze chciałam mieć dużą rodzinę i troje dzieci. Kiedy nasz syn usłyszał, że będzie miał rodzeństwo, bezpośrednio stwierdził: „Przecież wy jesteście starzy”. Fakt, miałam wówczas 41 lat, ale to jeszcze nie oznaczało, że nie mogłam zostać w tym wieku matką. Oczywiście informacja zaskoczyła wszystkich w rodzinie, gdyż wcześniej o tym nie rozmawialiśmy. Pierwsze miesiące ciąży znosiłam dobrze, byłam pod kontrolą lekarza, a USG w 13. tygodniu nie wykazało żadnych nieprawidłowości. Czekałam tylko na wyniki testu PAPPa [badanie mające na celu ocenę ryzyka pojawienia się u dziecka wad genetycznych – przyp.

red.]. Pod koniec lipca, podczas wizyty kontrolnej u lekarza, okazało się, że wyniki testu są nieprawidłowe – ryzyko trisomii 13 i 18 chromosomu. Wtedy nie za bardzo jeszcze rozumiałam te pojęcia. Zlecono mi wykonanie USG. Pokazało ono wadę serca. Lekarz wykonujący badanie uspokajał mnie, że trzeba sprawdzić przyczynę wady, dlatego konieczne było wykonanie dodatkowych badań – echo serca maluszka oraz amniopunkcję. Od razu zostałam zapisana na echo serca w Poradni USG na ul. Agatowej w Warszawie, u prof. Joanny Szymkiewicz-Dangel. Badanie to potwierdziło wcześniejsze przypuszczenia – brak przegrody międzykomorowej. Otrzymałam wówczas kontakt do pani psycholog z Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci, co w nieodległej przyszłości okazało się bardzo cenne. Kilka dni później wyznaczono mi także termin wykonania amniopunkcji. Bałam się, gdyż wydawało mi się, że to badanie może zagrozić dziecku, ale wiedziałam, że muszę się mu poddać.



Tosia w dniu narodzin

M.T.: To wszystko musiało być bardzo trudne...

K.W.: Lekarka wykonująca amniopunkcję miała bardzo duże doświadczenie w tym zakresie – zwróciła ona uwagę na pewne elementy budowy dziecka, które wskazywały na zespół Edwardsa. Tosia miała bowiem przykurcz paluszków, co jest typowe w przypadku tego schorzenia. Po badaniu powiedziała, że wszystko wskazuje na zespół Edwardsa, a wynik amniopunkcji może tylko to potwierdzić. Czekanie na ten wynik było bardzo trudne, bo człowiek tak naprawdę nic nie może zrobić. O niczym innym nie mogłam myśleć. Modliłam się o cud, tłumaczyłam sobie, że pewnie lekarze się mylą. Niestety, nie mylili się. Wynik amniopunkcji potwierdził wspomniany wcześniej zespół Edwardsa. Świat tego dnia mi się zawalił. Ogarnął mnie ogromny strach. Bałam się dotknąć brzucha i czuć ruchy dziecka. Tego dnia nie byłam w stanie z nikim rozmawiać. Moja mama do mnie zadzwoniła. Powiedziałam jej tylko: „Boję się”, a ona odpowiedziała: „Wiem”. I to było wszystko, co mogłam powiedzieć tego dnia. Potem byłam sama z tym bólem, w ciszy. To tak jak człowiek, który chce przejść przez ścianę, ale nie może. Stoi w miejscu, lecz nie może nic zrobić i choćby bił w tę ścianę do upadłego, to jej nie przebiję. Tak właśnie się czułam.



M.T.: Czy myślała Pani o aborcji?

K.W.: Przez chwilę tak – nie chciałam dziecka, które nosiłam, bo to była druzgocząca i szokująca diagnoza i przede wszystkim, tak jak już wspomniałam – bardzo się bałam. Bałam się pokochać ciężko chore dziecko, dotknąć do brzucha i czuć jego ruchy, bo bałam się, że nie wytrzymam takiego ogromu cierpienia. Chciałam, żeby ta ciąża skończyła się jak najszybciej. Takie myśli miałam przez kilka sekund. Szybko jednak uświadomiłam sobie, że to przecież moje dziecko i muszę zrobić dla niego wszystko, co najlepsze. Myślę, że gdybym poddała się zabiegowi aborcji, to wyrzuty sumienia dręczyłyby mnie do końca życia. Aborcja to przecież zabicie nienarodzonego dziecka.

M.T.: Jak mijały kolejne dni od czasu diagnozy?

K.W.: Od momentu diagnozy tak naprawdę rozpoczął się dla nas proces żałoby. Najtrudniej było zaakceptować ten stan rzeczy, bo jak tu pogodzić się ze śmiercią swojego dziecka? Modliłam się i żyłam nadzieją. Rokowania nie były optymistyczne. Dawano mi 5% szans, że w ogóle urodzę. W zasadzie nie wiedzieliśmy, na co czekamy. Termin porodu miałam wyznaczony na 24 grudnia. Żyliśmy jak na bombie.

M.T.: Wspomniała Pani, że konsultacje z psychologiem z Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci były dla Pani bardzo cenne.

K.W.: Tak, wsparcie ze strony pani psycholog bardzo mi pomogło. To była dla mnie zupełnie nowa sytuacja, w której w ogóle nie potrafiłam się odnaleźć. Pani psycholog wytłumaczyła mi na przykład, na czym będzie polegać opieka nad Tosią w domu, jeśli okaże się, że będziemy w ogóle mogli zabrać Ją do domu. Mówiła też o wielu różnych praktycznych aspektach, np. kwestii pogrzebu czy urlopu macierzyńskiego. To są rzeczy, o których nie mówi się na co dzień, jeśli one nas osobiście nie dotyczą. Uważam, że temat wsparcia kobiet w trudnych ciążach powinien być bardziej wyeksponowany w naszym kraju. To powinien być priorytet, a nigdy nie był i nie jest.

M.T.: Kiedy miał miejsce poród?

K.W.: W 32. tygodniu ciąży, 31 października zostałam przyjęta na Oddział Porodowy. Wszystkie sale porodowe były wówczas zajęte. Położono mnie więc w łączniku, z którego były wejścia do sal porodowych – wszyscy tamtędy przechodzili. Co więcej, z każdej z tych sal było słychać nie tylko płacz dzieci, które dopiero co się urodziły, ale także radosne głosy szczęśliwych ojców, którzy dziękowali położnym za pomoc przy porodzie. Ja, pełna obaw, czekałam na swój poród. Pamiętam, że bardzo się bałam, nie tyle bólu porodowego, bo ten można jakoś znieść, ale tego, co nas czeka potem – czy Tosia urodzi się żywa i czy będę mogła się nią nacieszyć. To było straszne dla mnie – leżeć w tym łączniku, ale nie mam żalu, bo wiem, że takie są polskie warunki szpitalne. Pamiętam, że gdy tam leżałam, to podeszła do mnie salowa i powiedziała: „Pani tak nie płacze”, nie znając tak naprawdę powodu mojego płaczu. Tosia urodziła się 1 listopada – w Dzień Wszystkich Świętych. Pani doktor neonatolog od razu Ją ochrzciła oraz dała nam około dwie godziny, abyśmy mogli z Nią pobyc. Był to cudowny czas – Tosia zaczęła otwierać oczy i trochę popłakiwać. Do szpitala przyjechały nasze dzieci i mogły Ją przez chwilę poznać.

M.T.: Tosia cały czas była z Panią?

K.W.: Tosia była wcześniakiem. W normalnych warunkach, jeśli rodzi się wcześniak, to od razu jest zabierany do inkubatora i nie ma do niego dostępu. Jako że nasza sytuacja była szczególnie trudna, to tak jak wspomniałam przed chwilą, Tosia mogła z nami pobyc przez krótki czas. Potem została jednak przetransportowana na Oddział Intensywnej Terapii Noworodka. Przebywała w inkubatorze. Jej stan był stabilny. Co więcej, okazało się, że przełyk był drożny i że mogła być karmiona sondą. Zaczęłam ściągać pokarm. W dniu mojego wypisu ze szpitala, pielęgniarka powiedziała, że możemy rozpocząć tzw. kangurowanie. Dostałam Tosię do potrzymania na swojej piersi, mogłam ją przytulić, poczuć jak spokojnie oddycha, czując ciepło i bicie mojego serca. To była jedna z najpiękniejszych chwil w moim życiu. Następnego dnia przyjechałam do szpitala z kolejną porcją mleka na całą dobę. Tego dnia również mogliśmy pobyc razem. Wychodząc z oddziału, ustaliłam, że będę robić tak samo w następnym dniu. Z jednej strony wie-

działam, że sytuacja jest bardzo trudna i że Tosia może umrzeć w każdej chwili, z drugiej jednak byłam w błogiej nieświadomości i łudziłam się, że Tosia zostanie z nami dłużej.

M.T.: Ile czasu Tosia była w szpitalu?

K.W.: W czwartej dobie po porodzie, po północy, odebrałam telefon ze szpitala z informacją od lekarza, że Tosienka chce się z nami pożegnać na własnych zasadach. Choć wiedziałam, że to nastąpi, to mimo wszystko byłam bardzo zaskoczona, że to już. To było bardzo trudne. Kiedy kilkanaście minut później przyjechaliśmy do szpitala, nasze słoneczko już nie żyło. Lekarz przy nas stwierdził zgon. Mieliśmy z mężem dodatkowy czas, aby się z Nią pożegnać. Była taka mała, bezbronna, bez tych wszystkich kabelków. Mogłam Ją przytulić i całować bez ograniczeń. Z jednej strony czułam ogromny smutek i żal w sercu, że tak krótko się znałyśmy, z drugiej jednak poczułam ulgę, że moje maleństwo już nie cierpi i że jest w lepszym świecie – tam gdzie miała być od samego początku, a została nam dana tylko na chwilę. Piękną, niezapomnianą chwilę...

Po urodzeniu Tosia żyła łącznie cztery dni. To były cudowne cztery dni. To było wspaniałe, że mogliśmy Ją zobaczyć, przywitać się z Nią, potrzymać w ramionach, a później pożegnać się. Cudem było też to, że nasze dzieci mogły Ją zobaczyć. Teraz opiekuje się nami z góry.

M.T.: Okres po śmierci Tosi musiał być bardzo trudny dla Pani.

K.W.: Tak, to było bardzo trudne. Choć rodzina i najbliżsi przyjaciele bardzo mnie wspierali, to jednak większość osób nie wiedziała, jak się zachować w tej trudnej sy-



Przed narodzinami Tosi – siostra Hania



Odcisnięte i pomniejszone stópki Tosi

tuacji i jak ze mną rozmawiać o tej tragedii. Świadome milczenie – rozmawialiśmy o wszystkim, tylko nie o tym. Ludziom wydaje się, że pytania „Jak się czujesz?”, „Co się stało?”, „Czy chcesz o tym porozmawiać?” itp. mogą ranić i lepiej ich nie zadawać. A dla mnie właśnie to nie mówienie było bardziej bolesne niż mówienie! Bardzo mi pomogło, jak ktoś powiedział: „Jestem z Tobą” albo po prostu spojrzął na mnie wzrokiem pełnym zrozumienia. Pani psycholog z Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci uświadomiła mi, jak bardzo ważne jest właśnie rozmawianie na ten temat. Jak już wspomniałam wcześniej, Tosia żyła łącznie cztery dni. Fizycznie była ze mną. Niestety, nasi bliźsi i dalsi znajomi Jej nie poznali, bo nie było takiej możliwości. Teraz Tosia żyje w moich wspomnieniach. Dlatego tak ważne jest, aby o tym otwarcie mówić. Nasza starsza córka ma teraz 15 lat i ona nie boi się o tym mówić. Mówi wprost: „Mam siostrę”.

M.T.: Co Pani pomogło przetrwać ten trudny okres po śmierci Tosi?

K.W.: Bardzo pomogła mi modlitwa, rodzina i najbliżsi przyjaciele, a dwójka naszych starszych dzieci zaskoczyła mnie najbardziej. Kiedy czekaliśmy na pogrzeb Tosi, Hania – nasza córka, które wówczas miała 9 lat powiedziała, że teraz Tosia będzie z dziadkiem – moim tatą, który nie żyje od wielu lat, i że razem będą się nami opiekować. Z kolei po pogrzebie, mój syn chodził ciągle blisko mnie i wciąż się do mnie tulił. Kiedy zapytałam go, co się stało, to powiedział: „Bo Tobie jest tak smutno, Mamo”. Chciał mnie jakoś pocieszyć. To było niezwykle. Po pogrzebie Tosi uczestniczyłam w spotkaniach grupy wsparcia dla osób (nie tylko kobiet, ale także małżeństw), które straciły dzieci w różnych okolicznościach i w różnym wieku. Spotkania te były organizowane w klaszto-

rze Ojców Dominikanów na warszawskim Służewie. Bardzo mi to pomogło.

Chciałabym tutaj podkreślić, że ja miałam bardzo dużo szczęścia w nieszczęściu – nie byłam z tym wszystkim sama, zarówno w czasie ciąży, jak i po porodzie i śmierci Tosi. To jest wielka wartość mieć wokół siebie dobrych ludzi, którzy otaczają opieką i wsparciem.

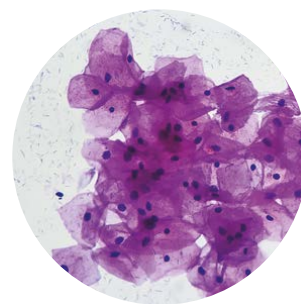
M.T.: Być może chciałaby Pani coś dodać na zakończenie naszej rozmowy?

K.W.: Wydaje mi się, że we wszystkich aktualnych debatach nt. aborcji brakuje miłości i zrozumienia. Dzisiejszy świat stawia nam warunki – mamy być zdrowi i bogaci. Chore i słabsze jednostki nie mają prawa bytu. Przeraza mnie świat i ludzie, którzy w dzikim tłumie idą z transparentami ulicami miasta i krzyczą „zabijmy”, bo takie jest prawo kobiety. Bardzo łatwo jest powiedzieć: „To jest moja macica i mogę robić, co chcę. Ja o tym decyduję, bo mam prawo do decyzji”. Oczywiście tak jest i absolutnie tego nie podważam ani nie oceniam. Chciałabym tylko dopowiedzieć, że przecież w tej macicy jest żywe dziecko na różnym etapie rozwoju. A więc może zamiast namawiać do zabijania niewinnych i chorych istot, lepiej byłoby zapewnić kobiecie wsparcie zarówno w czasie ciąży, jak i po urodzeniu dziecka?

Tak jak już mówiłam – ja miałam dużo szczęścia w nieszczęściu – trafiłam na bardzo dobrych i mądrych lekarzy. Miałam oparcie w mężu, który był wtedy obok mnie cały czas, rodzinie, przyjaciółach, psychologu z Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci. Wiem, że po lekturze tego wywiadu, ktoś na pewno powie, że łatwo być „bohaterką”, kiedy nie wychowuje się niepełnosprawne dziecko... Ktoś inny z pewnością osądzi mnie o egoizm, mówiąc, że urodziłam chore dziecko tylko po to, żeby je „ochrzcić”.

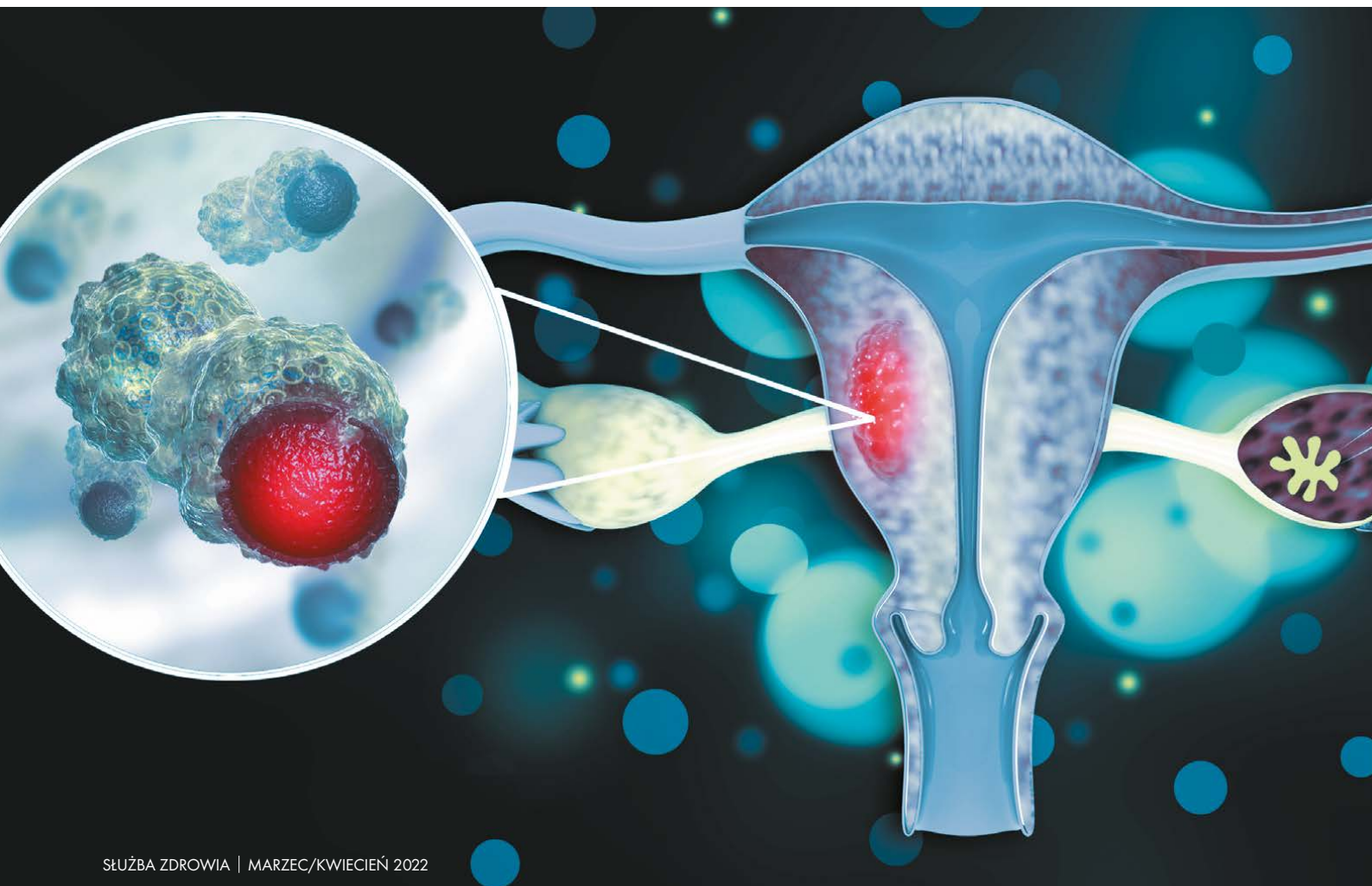
Jestem zwykłą kobietą, matką, która chciała jak najlepiej dla swojego dziecka i ostatnią rzeczą, jaka powinna mieć miejsce, to osądzanie. W takich sytuacjach nie ma dobrych rozwiązań. Czy kobieta powinna mieć wybór między aborcją a urodzeniem chorego dziecka? Kto powinien decydować o życiu bezbronnego ciężko chorego maluszka? Nie znam odpowiedzi na te pytania. Życie nie jest zero-jedynkowe i na pewno aborcja nie jest jedynym słusznym rozwiązaniem. ■

LEPIEJ KUPIĆ KIECKĘ NIŻ IŚĆ NA CYTOLOGIĘ

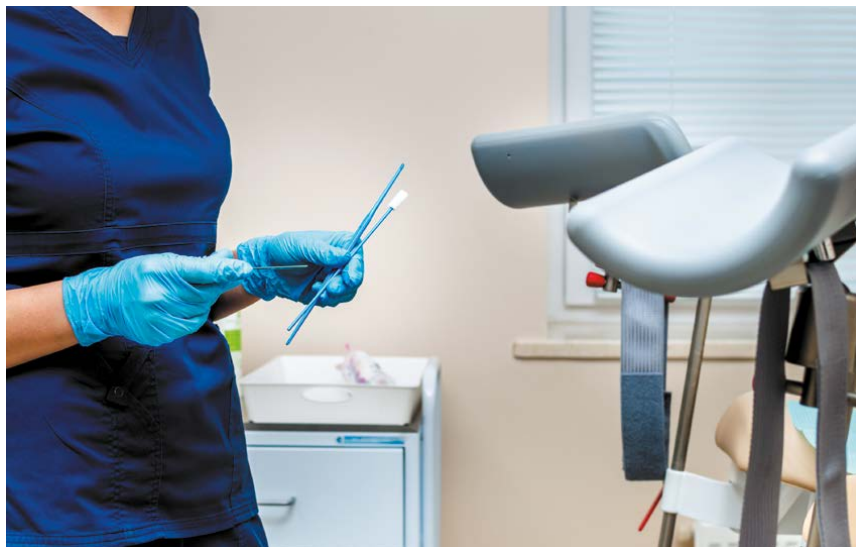


ANNA JAROSZ

Większość kobiet nie odczuwa żadnego lęku przed odwiedzeniem zatłoczonej galerii handlowej, aby kupić modne buty czy bluzkę. Strach pojawia się, gdy powinno się iść na badania kontrolne do ginekologa. Nie pójdę, mówią sobie, bo z pewnością czeka tam na mnie koronawirus. Strach przed zakażeniem jest usprawiedliwiony, ale głównym problemem nie jest pandemia, lecz nieodczuwanie potrzeby wykonania badań kontrolnych.



Wraz z wybuchem pandemii na całym świecie spadła liczba wykonywanych badań przesiewowych. Oczywiście był lockdown, zamknięte przychodnie i hasło „Zostań w domu”, które dla wielu osób było usprawiedliwieniem, aby badanie odłożyć w czasie. Ale jest też druga strona medalu. Aż 40% kobiet w Polsce nie widzi potrzeby wizyty u ginekologa. Statystycznie 27% Polek odwiedza ginekologa po raz pierwszy dopiero, gdy zajdzie w ciążę, 7% nigdy nie miało cytologii, 14% nigdy nie miało USG ginekologicznego. Ze statystyk wynika także, że co czwarta Polka odwiedza ginekologa rzadziej niż raz w roku. To ok. 3 miliony kobiet. W ich gronie są też te, które wcale nie chodzą do ginekologa. Tymczasem, jak pokazują dane Krajowego Rejestru Nowotworów, w Polsce stale wzrasta zachorowalność na raka. W ciągu ostatnich trzech dekad liczba nowych przypadków zwiększyła się ponaddwukrotnie. Nowotwory narządów płciowych stanowią ok. 20% zachorowań onkologicznych wśród kobiet w Polsce. Najczęstszym schorzeniem są nowotwory trzonu macicy, jajnika i szyjki macicy. Rak piersi stanowi 20% wszystkich zachorowań na nowotwory w Polsce. Jak pokazują badania Gedeon Richter Polska, inicjatora kampanii „W kobiecym interesie” Polki rezygnują z wizyty u ginekologa głównie ze względu na poczucie wstydu, brak czasu lub obawę przed negatywnym wynikiem badań. 72% Polek wie, że regularne wizyty u ginekologa pozwalają wykryć groźne choroby. Ale co roku chodzi do ginekologa i wykonuje badania tylko 57%. Najczęściej są to młodsze kobiety, w wieku 26–30 lat, 39% regularnie, raz w roku, poddaje się badaniu cytologicznemu, 20% wykonuje badanie dopochwowe USG.



PANDEMIA I...

W 2020 roku liczba wykonanych cytologii, w stosunku do roku 2019, spadła w Polsce o 80%, a w 2021 o 50%. Skutki tak wysokiego odsetka pominiętych badań kontrolnych z pewnością niebawem pokażą statystyki onkologiczne.

– Dawno nie było tak źle – mówi dr n. med. Jacek Tulimowski, ginekolog położnik. – Obecnie coraz częściej trafiają do mnie pacjentki, które ostatni raz u ginekologa były kilka lat wcześniej. Niestety, po badaniu, dla wielu z nich nie mam dobrych wiadomości. Trudno mi zrozumieć tak duże lekceważenie własnego zdrowia. Ale tak się dzieje. Być może u podstaw takich zachowań leży panujące wśród znacznej części Polek przekonanie, że rak szyjki macicy jest chorobą genetycznie uwarunkowaną, albo... karą za grzechy. Niedawno na własny użytek przeprowadziłem ankietę wśród 100 pacjentek. Pytałem między innymi o potrzebę wykonywania cytologii, konieczność robienia mammografii i USG piersi oraz regularne kontrole ginekologiczne. Kiedy pytałem, dlaczego ostatnia cytologia była wykonana 4–5 lat temu, odpowiedź brzmiała – bo nic mi nie dolegało. Gdy tłumaczyłem, że to ważne badanie i bez niego łatwo można

przeoczyć i zbyt późno wykryć chorobę nowotworową, słyszałem – niech mnie pan nie straszysz. Z mojej ankiety wynika, że 10–15% Polek przyznało, że zaniedbały ten aspekt ochrony własnego zdrowia, a 40% odpowiadało – proszę mnie nie straszyc. Kolejna grupa pacjentek, które nie badają się regularnie, odpowiada pytaniem – ale dlaczego to ja mam mieć raka.

EDUKACJA I DOSTĘP DO BADAŃ

Można sądzić, że kampanie upowszechniające wiedzę na temat nowotworów kobiecych prowadzone przez różne fundacje i stowarzyszenia powinny ugruntować wiedzę na temat korzyści wynikających z regularnego wykonywania badań profilaktycznych. Niestety, rzeczywistość pokazuje, że pacjentki nie czują się odpowiedzialne za własne zdrowie.

– W wielu krajach, choćby w sąsiednich Czechach, pacjentka, która nie robi regularnie badań kontrolnych, a rozchoruje się na raka, ponosi część kosztów leczenia – wyjaśnia doktor Tulimowski. – Niestety, takie prawo w naszym kraju nie ma szans na akceptację. Co więcej, gdy zachęcam do badań, nierzadko słyszę, że chcę więcej zarobić. A tu nie chodzi

o pieniądze, ale o zdrowie. Można się leczyć w ramach NFZ i tam też wykonywać cytologię, mammografię czy USG. Tymczasem, jak wynika z danych Katedry i Kliniki Położnictwa, Chorób Kobięcych i Ginekologii Onkologicznej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, tylko 17% pacjentek odpowiada na zaproszenie na bezpłatną cytologię, pozwalającą wcześniej wykryć raka szyjki macicy. Z tego samego źródła dowiadujemy się, że w okresie pandemii częstość wizyt profilaktycznych kobiet u lekarza spadła o 60–80%.

Pandemia ograniczyła dostęp do opieki medycznej bardzo wielu pacjentom, ale pokazała także mizери systemu ochrony zdrowia. Jeszcze przed pandemią kobiety mieszkające w gminach wiejskich czy wiejsko-miejskich miały utrudniony dostęp do ginekologa. Jak podaje NIK, na podstawie danych GUS i NFZ, w ponad połowie gmin nie ma poradni ginekologicznej. Najgorzej jest w województwie podlaskim, gdzie w ponad 78% gmin brakuje ginekologów. Mazowieckie nie wypada dużo lepiej – tu blisko 62% gmin nie ma poradni ginekologicznej. Średnia liczba kobiet na jedną poradnię też budzi niepokój. Na przykład w obszarach wiejskich, np. w województwie lubelskim pod opieką jednej poradni znajduje się ponad 27 tysięcy kobiet. Za niezły wynik uznaje się sytuację, gdzie pod opieką poradni jest 7 tysięcy kobiet. W obszarach miejskich jest trochę lepiej – średnio na jedną poradnię przypada 4–5 tys. kobiet.

NIE WYSTARCZY ZAPROSZENIE

– Wysyłanie do kobiet zaproszeń na bezpłatną cytologię czy mammografię nie będzie przekładać się na liczbę wykonanych badań, jeżeli nie będzie gdzie ich wykonać – mówi Elżbieta Kozik, prezes Stowarzyszenia Polskie Amazonki Ruch Społeczny. – Zbyt wiele jest poradni, z których kobiety chcące się przebadać odchodzą z kwitkiem. A to nie ma lekarza, a to poradnia nie działa, a to trzeba przyjść w innym terminie. Takie sytuacje zniechęcają wiele kobiet. Czy kobiety lekceważą znaczenie badań profilaktycznych? Część z pewnością lekceważy. Z czasów, kiedy sama organizowałam akcje badań profilaktycznych dla kobiet pamiętam, że młode dziewczyny chętnie z nich korzystały, ale kobiety w okresie menopauzy, zagrożone wieloma schorzeniami, wręcz uciekały lub mówiły – mnie to nie dotyczy. W naszym społeczeństwie pokutuje pogląd, że o niektórych sprawach lepiej nie wiedzieć. Poza tym każdy wie, że raz w roku należy zrobić przegląd techniczny samochodu. Nikt z tym nie dyskutuje. Ale nie dotyczy to już przeglądu osobistego. Myślę też, że dla wielu kobiet przeszkodą do wykonania badań profilaktycznych w prywatnych gabinetach jest ich cena. W ramach NFZ cytologię czy mammografię można



wykonać raz na kilka lat i, jak już powiedziałam, jest problem z dostępem do takich badań. Oczywiście są kobiety, które regularnie się badają, ale w skali całego kraju to wciąż za mało, aby istotnie ograniczyć liczbę zachorowań na nowotwory ginekologiczne. Mamy dobre wzory. Kiedy na badania profilaktyczne kobiety były zapraszane przez centrum onkologii na Ursynowie, miały wyznaczony termin, godzinę. Wiedziały, gdzie mają się udać. Gdy zajął się tym NFZ, wkraść się bałagan, bo kobiety z Warszawy otrzymywały zaproszenie na badanie np. w Legionowie. Wiadomo, że żadna z nich nie skorzystała z tego.

PANDEMIA NIE USPRAWIEDLIWIA

Prawdziwy obraz szkód w ginekologii, do jakich przyczyniła się pandemia i powstrzymywanie się kobiet od regularnych wizyt u ginekologa, poznamy za kilkanaście miesięcy, a może za kilka lat. Taki scenariusz przewiduje wielu specjalistów.

– To zaledwie dwa lata, jak zmagamy się z koronawirusem, a już obserwuję, że pacjentki przychodzą z bardziej zaawansowanymi zmianami – mówi doktor Tulimowski. – Wiele z nich trafia do centrum onkologii. Jaki będzie ich los? Pewnie nie wszystkim się uda wyjść obronną ręką z opresji. Nowotwór to bezwzględna choroba – nie badasz się, unikasz badań profilaktycznych, musisz za to zapłacić. Niestety, świadomość znaczenia badań profilaktycznych jest wciąż niska. To skutek wieloletnich zaniedbań edukacyjnych i systemowych. Pandemia pogłębiła problem, bo wystarczy powiedzieć, że w 2019 roku pracowało 2475 poradni ginekologicznych, a rok później było ich już tylko 2408. Spadła też liczba świadczeń z zakresu ginekologii. W 2019 r. udzielono 8,5 miliona porad, w 2020 niecałe 7 milionów. To musi się odbić na zdrowiu kobiet i wzroście liczby nowych przypadków chorób nowotworowych. ■

Studia pielęgniarские w Karkonoskiej Akademii Nauk Stosowanych (KANS) w Jeleniej Górze

Karkonoska Akademia Nauk Stosowanych (KANS) w Jeleniej Górze jest autonomiczną publiczną uczelnią zawodową, powstałą na mocy Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 16 czerwca 1998 roku. Uczelnia jest prężnym ośrodkiem dydaktycznym, nastawionym na kształcenie o profilu praktycznym. Jednocześnie zapewnia warunki do pełnego rozwoju studentów w aspekcie intelektualnym, społecznym, kulturalnym. KANS we współpracy ze środowiskiem lokalnym służy rozwojowi regionu poprzez podnoszenie poziomu wykształcenia społeczeństwa, propagowanie obywatelskich i proeuropejskich postaw społecznych gwarantuje systematyczny wzrost poziomu jakości świadczonych usług edukacyjnych dla studentów i otoczenia zewnętrznego. Jej zadaniem jest kształcenie wysoko wykwalifikowanych specjalistów poszukiwanych na rynku pracy. Umożliwia jej to nowoczesne zaplecze dydaktyczne, pozwalające na prowadzenie wieloprofilowych prac badawczych i kształcenie praktyczne na potrzeby rynku pracy. Studia na kierunku Pielęgniarstwo pierwszego i drugiego stopnia prowadzone są na Wydziale Nauk Medycznych i Technicznych Karkonoskiej Akademii Nauk Stosowanych (KANS) w Jeleniej Górze.

Pielęgniarstwo jest samodzielnym zawodem medycznym, uregulowanym ustawowo, w zakresie którego na przestrzeni lat nastąpiły znaczące zmiany. Dynamiczny rozwój pielęgniarstwa rozszerzył zakres kompetencji i samodzielności pielęgniarki/pielęgniarsza. Współczesna pielęgniarka/pielęgniarsz to profesjonalista w zakresie pielęgnowania w sposób samodzielny i odpowiedzialny.

Obecne pielęgniarstwo to praktyczny kierunek, który obejmuje obszar kształcenia z zakresu nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej. Współcześnie obserwuje się wzrost uznania dla polskiego pielęgniarstwa, nie tylko jako wyodrębnionej działalności praktycznej, ale również odrębnej dyscypliny naukowej. Nowoczesne pielęgniarstwo wymaga szerokiej wiedzy czerpanej również z nauk biologicznych, społecznych i humanistycznych.

Rola społeczno-zawodowa współczesnej pielęgniarki/pielęgniarsza wymaga wielokierunkowego wykształcenia na poziomie wyższym. KANS w Jeleniej Górze wychodzi naprzeciw temu kształcąc na Wydziale Nauk Medycznych i Technicznych na kierunku Pielęgniarstwo studiach pierwszego i drugiego stopnia.

Studia pielęgniarские to połączenie praktyki i teorii. Nasza uczelnia oferuje studentom zróżnicowane formy zajęć: wykłady, ćwiczenia, seminaria, zajęcia praktyczne

i praktyki zawodowe. Zajęcia teoretyczne i praktyczne prowadzi doświadczona, wspierająca studentów kadra dydaktyczna. Studenci zdobywają wiedzę i umiejętności praktyczne w nowoczesnych, dobrze wyposażonych salach dydaktycznych i pracowniach. Zaletą studiowania w KANS jest nowoczesne zaplecze dydaktyczne w postaci Monoprofilowego Centrum Symulacji Medycznej, gdzie w kontrolowanych warunkach symulujących warunki szpitalne, studenci zdobywają umiejętności praktyczne na wysokiej klasy fantomach symulujących stan pacjentów. Zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe realizowane są w placówkach szkolenia praktycznego pod okiem wyspecjalizowanej kadry medycznej.

Uczelnia ma do dyspozycji bardzo dobrze wyposażoną bibliotekę oferującą użytkownikom pełny dostęp do zbiorów, zasobów elektronicznych, stanowisk komputerowych, posiada własny akademik, halę sportową oraz basen.

Absolwent kierunku pielęgniarstwo KANS w Jeleniej Górze jest profesjonalnie przygotowany zarówno z dziedziny nauk podstawowych, które dają obraz ogólnej wiedzy z obszaru nauk medycznych, jak i z zakresu nauk kierunkowych, które przygotowują do samodzielnego pełnienia roli zawodowej pielęgniarki/pielęgniarsza.

W 2023 roku Karkonoska Akademia Nauk Stosowanych w Jeleniej Górze ponownie uzyskała niezbędne do kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo uprawnienia. Kierunek studiów - pielęgniarstwo w Karkonoskiej Akademii Nauk Stosowanych w Jeleniej Górze uzyskał pozytywną ocenę Polskiej Komisji Akredytacyjnej (PKA) na okres sześciu lat. PKA to niezależna instytucja działająca na rzecz zapewniania i doskonalenia jakości kształcenia. Zespół nauk medycznych i nauk o zdrowiu Polskiej Komisji Akredytacyjnej stwierdził, że proces kształcenia realizowany w Karkonoskiej Akademii Nauk Stosowanych w Jeleniej Górze umożliwia studentom kierunku pielęgniarstwo osiągnięcie założonych efektów kształcenia dla studentów pierwszego i drugiego stopnia o profilu praktycznym. Decyzją Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych Uczelnia uzyskała akredytację dla kierunku Pielęgniarstwo. Certyfikat ten stwierdza, że Uczelnia spełnia wymagane kryteria oceny standardów kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo studia pierwszego i drugiego stopnia. Oba niezbędne do prowadzenia kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo certyfikaty oznaczają potwierdzenie wysokiej jakości kształcenia oraz właściwych warunków do studiowania na kierunku pielęgniarstwo studia pierwszego i drugiego stopnia.

Obecnie Uczelnia prowadzi nabór na studia pierwszego i drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo.

Studia pierwszego stopnia (licencjackie) to studia 6-semesterne przygotowujące wykwalifikowaną kadrę pielęgniarską, do samodzielnego pełnienia roli zawodowej, świadczenia wysokiego poziomu usług medycznych, promocji i edukacji zdrowotnej wobec człowieka w zdrowiu i chorobie, w każdym okresie jego życia. Program studiów opiera się na standardach kształcenia, określonych w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Efekty uczenia się odnoszą się do dziedziny nauk medycznych, nauk o zdrowiu oraz nauk o kulturze fizycznej i obejmują nauki podstawowe, nauki społeczne, nauki w zakresie podstawowej oraz specjalistycznej opieki pielęgniarskiej.

Ogólnym celem kształcenia jest przygotowanie absolwentów do świadczenia wysokiej jakości opieki nad człowiekiem zdrowym i chorym w instytucjach ochrony zdrowia oraz w jego miejscu zamieszkania.

Absolwent po ukończeniu studiów otrzymuje tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa i po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki może ubiegać się o pracę w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej. Uzyskanie dyplomu licencjata pielęgniarstwa uprawnia do podnoszenia swoich kwalifikacji poprzez kursy i uzyskiwanie specjalizacji zawodowych oraz kontynuowania nauki na studiach pielęgniarskich drugiego stopnia.

Dwuletnie studia drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo, prowadzone w Karkonoskiej Akademii Nauk Stosowanych w Jeleniej Górze stanowią kontynuację procesu kształcenia po ukończeniu studiów pierwszego stopnia, prowadzonych w uczelniach na kierunku Pielęgniarstwo.

Intensywnie postępujący rozwój nauki i techniki zrodził potrzebę zdobywania coraz wyższych kwalifikacji w tym zawodzie. Wychodząc naprzeciw tym potrzebom proponujemy pielęgniarkom i pielęgniarzom pogłębianie wiedzy w trakcie studiów i podnoszenie kwalifikacji zawodowych podczas organizowanych ćwiczeń klinicznych i praktyk zawodowych.

Po ukończeniu studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo absolwent posiada umiejętność posługiwania się zaawansowaną wiedzą z obszaru nauk medycznych i pielęgniarstwa, świadczenia zindywidualizowanej opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa. Ponadto posiada zdolność organizowania i nadzorowania opieki pielęgniarskiej, jak i umiejętność współpracy z członkami zespołu, w zakresie doskonalenia jakości opieki. Dysponuje

także kompetencjami związanymi z przekazywaniem wiedzy prozdrowotnej podopiecznym. Ponadto absolwent przygotowany jest do samodzielnego ordynowania leków i wypisywania recept zgodne z obowiązującym rozporządzeniem właściwego ministra.

Studia drugiego stopnia nadają absolwentom tytuł naukowy magistra pielęgniarstwa, co może mieć istotny wpływ na rozwój dalszej kariery zawodowej, awans lub podjęcie pracy w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej, na korzystniejszych warunkach.

Nasza uczelnia przygotowuje Cię do pracy w zawodzie o stale rosnącym zapotrzebowaniu i prestiżu społecznym, zarówno w Polsce, jak i za granicą. Zdobędziesz niezbędną wiedzę i umiejętności pod opieką doświadczonej kadry najlepszych specjalistów, a także zdobędziesz praktyczne doświadczenie w jednostkach ochrony zdrowia. Uzyskasz kwalifikacje zawodowe zgodne z wymogami Unii Europejskiej.

Pomagamy łączyć pracę zawodową ze studium!

Zachęcamy do zapisywania się na studia w KANS w Jeleniej Górze.

Zasady i kryteria rekrutacji na kierunek Pielęgniarstwo

- na stronie www.kans.pl
- w Dziekanacie Wydziału Nauk Medycznych i Technicznych, przyjmującym niezbędne w procesie rekrutacji dokumenty, tel. **75 645 33 32**, email: dziekanatwpt@kans.pl

Adres:

Karkonoska Akademia Nauk Stosowanych w Jeleniej Górze

Wydział Nauk Medycznych i Technicznych

**58-503 Jelenia Góra
ul. Lwówecka 18, budynek 3, pokój 5**

Zachęcamy do podjęcia studiów na kierunku Pielęgniarstwo studia pierwszego i drugiego stopnia w Karkonoskiej Akademii Nauk Stosowanych w Jeleniej Górze

TO NIE MOŻE BYĆ TEMAT TABU

PROSTATA I NIETRZYMANIE MOCZU NIE MUSZĄ JUŻ BYĆ PROBLEMEM

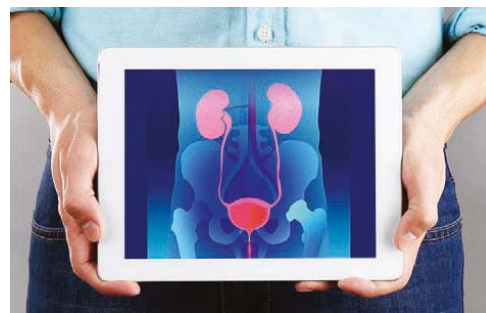
PROSTATA, inaczej gruczoł krokowy, należy do układu męskich narządów płciowych. Szacuje się, że ponad połowa mężczyzn po 50. roku życia cierpi na dolegliwości wynikające z łagodnego rozrostu prostaty

Gruczoł prostaty ma za zadanie produkować płyn, który wchodzi w skład nasienia i zapewnia plemnikom wartości odżywcze. Warto jednak podkreślić, że prostata nie jest gruczołem niezbędnym do życia, co oznacza, że można ją częściowo lub całkowicie usunąć bez szkody dla organi-

zmu. Około 50. roku życia w męskich organizmach następuje cykl zmian hormonalnych, pod wpływem których gruczoł prostaty zaczyna się powiększać. Dochodzi wtedy do rozwoju choroby zwanej łagodnym rozrostem gruczołu krokowego.

NIETRZYMANIE MOCZU jest kolejnym problemem społecznym, który dotyka głównie kobiety, a ryzyko jego występowania wzrasta z wiekiem. Istotą problemu jest niezależny od woli pacjenta wyciek moczu, który w efekcie powoduje problemy higieniczne i utrudnia kontakty międzyludzkie.

Z tymi schorzeniami potrafimy sobie poradzić w Uzdrowisku Świeradów-Czer-



niawa. Przygotowaliśmy specjalny pakiet urologiczny dedykowany osobom z problemami przerostu prostaty i nietrzymania moczu.

Terapia schorzeń urologicznych i uroginekologicznych z wykorzystaniem aparatu SALUS-TALENT PRO URO generuje stymulujące pole elektromagnetyczne. Specjalnie opracowane parametry pozwalają wywołać optymalny skurcz potrzebny do regeneracji mięśni. Terapia jest komfortowa dla pacjenta, ponieważ odbywa się przez cienką warstwę ubrania.



SPECJALNA PROMOCJA TYLKO DO 02.07.2023!

- Pobyt tygodniowy -5% rabatu
- Pobyt dwutygodniowy -10% rabatu
- Pobyt trzytygodniowy -15% rabatu



WSKAZANIA:

- Nietrzymanie moczu
- Przerost prostaty
- Przewlekłe zapalenie gruczołu krokowego
- Ostre/przewlekłe bóle uroginekologiczne
- Stany pooperacyjne prostaty
- Zaburzenia układu moczowo-płciowego
- Regeneracja poporodowa
- Wzmocnienie mięśni dna miednicy
- Dysfunkcje seksualne

Nie zwlekaj, zarezerwuj swój pobyt już dziś!

Tel: +48 75 78 20 600, 730; +48 75 78 20 727, 569