



DWUMIESIĘCZNIK, WYDAWANY PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 2451-4489

Marzec - Kwiecień 2022

8 marca Międzynarodowy Dzień Kobiet

Z okazji Międzynarodowego Dnia Kobiet
Wszystkim Paniom wykonującym zawody medyczne
pragniemy złożyć życzenia,
wszystkiego najlepszego, dużo szczęścia, radości, zdrowia
by w każdym dniu roku
uśmiech na twarzy Waszej gościł.
Bądźcie zawsze szczęśliwe, złym losom nieznane,
uprzejme, czułe, tkiwe, przez Wszystkich Kochane.

PIEŁĘGNIARSTWO I POŁOŻNICTWO W TRWAŁYM DEFICYCIE



NOWE ZASADY DOTYCZĄCE IZOLACJI



RACJONOWANIE OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ





**Biuro Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie:**

42-200 Częstochowa, ul. Pułaskiego 25 /IV piętro/

Kontakt telefoniczny:
Tel. +48 34 324 51 12
Fax +48 34 361 30 18
Kom. 503 008 946
e-mail: sekretariat@oipip.czest.pl
www.oipip.czest.pl

Godziny pracy biura:

Pn - wt 7.00-16:00
Śr 7.00-17.00
Czw - pt. 7.00-15.30

Nr konta bankowego:

Millennium Bank
82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Księgowość:

Pn-wt-czw-pt
Tel. 510 893 392

Ośrodek szkoleniowy:

Pn - pt 7.00 -15.00
Śr 7.00 - 17.00
Tel. +48 34 324 51 12
Fax +48 34 361 30 18
Kom. 519 862 186
e-mail: szkolenia@oipip.czest.pl

Biblioteka:

Pn - wt 7.00-16:00
Śr 7.00-17.00
Czw - pt 7.00-15.30

**Okręgowy Rzecznik
Odpowiedzialności Zawodowej**

dyżur pełni w pierwszą i trzecią
środę miesiąca: 15.00-17.00

Radca Prawny:

konsultacje (osobiste, telefoniczne, e-mail)
odbywają się tylko i wyłącznie po
wcześniejszym ustaleniu terminu drogą
telefoniczną pod nr tel. 34 324 51 12
poniedziałek 8.30 – 9.30,
środa 14.00 – 16.00.

Wydawca:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie
42-200 Częstochowa ul. Pułaskiego 25 /IV piętro/
Kontakt telefoniczny:
Tel: +48 34 324 51 12
Fax+48 34 361 30 18
Kom. 503 008 946
e-mail: sekretariat@oipip.czest.pl

Zespół Redakcyjny:

Barbara Płaza
Marzena Maniszewska
Lidia Kucharska
Anna Kęsik

Druk:

Drukarnia Paula
www.drukarniapaula.pl
Tel. +48 34 366 90 46

Do użytku wewnętrznego.
Egzemplarze bezpłatne
dla członków OIPIP w Częstochowie.
Nakład: 500 egzemplarzy

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca, w tekstach publicznych zastrzega sobie prawo skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistyczno-językowych. Za błędy powstałe podczas druku nie ponosimy odpowiedzialności.

SPIS TREŚCI

WOKÓŁ ZAWODU

- 3 PIELEŃNIARSTWO I POŁOŻNICTWO W TRWAŁYM DEFICYCIE – BAROMETR ZAWODÓW 2022
- 3 OBOWIĄZKOWA AKTUALIZACJA DANYCH
- 3 CERTYFIKAT E-ZŁA (ZUS)
- 4 SKŁADKI CZŁONKOWSKIE W 2022 ROK – WYSOKOŚĆ I ZASADY OPŁAT
- 5 NOWE ZASADY DOTYCZĄCE IZOLACJI
- 7 OPINIA PRAWNA
- 8 PRZERWA W WYKONYWANIU ZAWODU PIELEŃNIARKI
- 8 SPOTKANIE PRZEDSTAWICIELI NIPIP Z SZEFE M KANCELARII PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
- 9 ZASIŁEK CHOROBY A OSOBY ZATRUDNIONE W PODMIOCIE LECZNICZYM
- 9 OPINIE
- 10 ETYKA DOBREJ WIARY

DZIAŁALNOŚĆ ORPIP

- 11 KALENDARIUM
- 11 WYCIĄG Z PROTOKOŁU Z POSIEDZENIA PREZYDIUM ORPIP
- 12 7 KWIEŃNIA – ŚWIATOWY DZIEŃ ZDROWIA I DZIEŃ PRACOWNIKA SŁUŻBY ZDROWIA
- 13 KONDOLENCJE
- 14 GRATULACJE

INFORMACJE

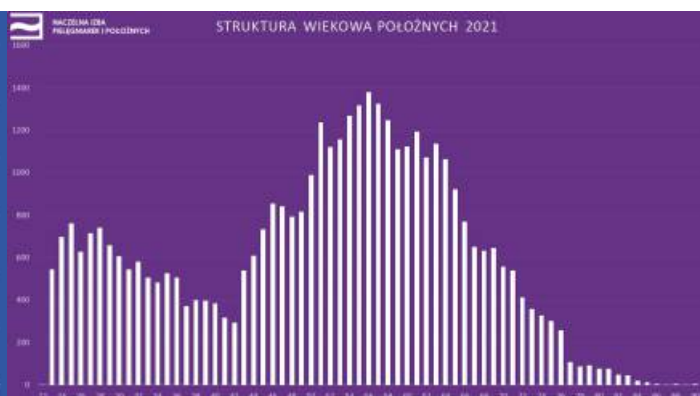
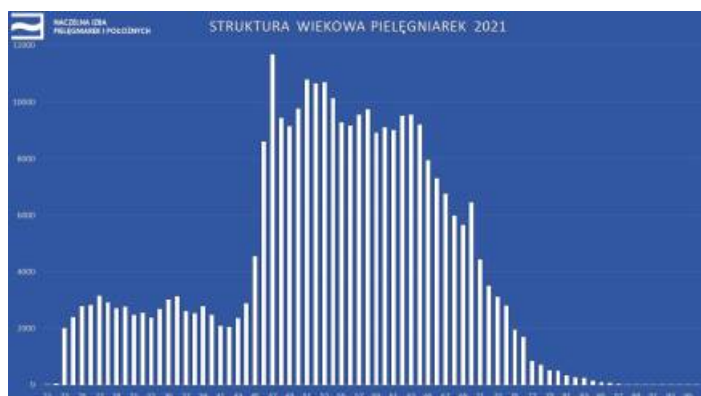
- 14 ROLA PIELEŃNIARKI W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM PALIATYWNYM
- 20 RACJONOWANIE OPIEKI PIELEŃNIARSKIEJ A BEZPIECZEŃSTWO PACJENTA
- 22 PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ
- 25 FAKTY I MITY O OTYŁOŚCI
- 26 ALKOHOLOWA CHOROBA WĄTROBY

SZKOLENIA

- 28 PLANOWANE SZKOLENIA NA I PÓŁROCZE 2022 R, ORGANIZOWANE PRZEZ OIPIP W CZĘSTOCHOWIE



PIELĘGNIARSTWO I POŁOŻNICTWO W TRWAŁYM DEFICYCIE - BAROMETR ZAWODÓW 2022



Pielęgniarstwo i położnictwo wśród zawodów deficytowych w 2022 roku – tak wynika z raportu „Barometr zawodów 2022”, który opracowano na zlecenie Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej.

Lista zawodów w VII krajowej edycji badania zawiera 168 pozycji, 30 z nich trafiło na listę zawodów deficytowych, a 138 na listę zawodów zrównoważonych (tzn. liczba ofert pracy jest zbliżona do liczby kandydatów). W skali kraju

nie pojawi się żaden zawód z nadwyżką osób poszukujących w nim pracy.

W trwałym deficycie znalazły się pielęgniarki i położne, a także cieśle i stolarze budowlani, dekarze i blacharze budowlani, kierowcy autobusów, kierowcy samochodów ciężarowych i ciągników siodłowych, operatorzy obrabiarek skrawających, samodzielni księgowi, spawacze.

Źródło: PAP

OBOWIĄZKOWA AKTUALIZACJA DANYCH

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie przypomina wszystkim członkom o obowiązku aktualizacji danych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych.

Zgodnie z art. 19 ust. 2 i ust. 3 oraz art. 46 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, każda pielęgniarka/położna zobowiązana jest do niezwłocznego zawiadomienia okręgowej rady pielęgniarek i położnych o zmianie danych określonych w art. 44. ust. 1 tj. zmiany nazwiska, zmiany adresu zamieszkania, zmiany miejsca pracy, ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia itd.); informacji

Arkusz A	dane osobowe
Arkusz B	dane o wykształceniu
Arkusz C	dane o stażu podyplomowym
Arkusz D	dane zawodowe
Arkusz E	dane o aktualnym zatrudnieniu i wpisie do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą
Arkusz F	dane o zatrudnieniu
Arkusz G	dane o specjalizacji i kursach
Arkusz H	dane do korespondencji

o przejściu na rentę, świadczenie emerytalne, emeryturę, w terminie 14 dni od daty ich powstania.

Aktualizacji danych można dokonać poprzez wypełnienie odpowiednich części arkusza. Należy wypełnić tylko część, której dotyczy zamiana (patrz tabela).

Arkusz aktualizacyjny dostępny na stronie www.oipip.czest.pl w zakładce pliki do pobrania. Wypełniony arkusz aktualizacyjny (część, której dotyczy zmiana) należy dostarczyć wraz z załącznikami wskazanymi w arkuszu do OIPIP w Częstochowie (osobiście, pocztą tradycyjną, lub elektronicznie).

Ważne:

- w przypadku zmiany nazwiska prosimy dostarczyć oryginał prawa wykonywania zawodu w celu wpisu zmiany nazwiska oraz kserokopię aktu małżeństwa potwierdzającego zmianę nazwiska (oryginał do wglądu),
- w przypadku uzyskania tytułu specjalisty – prosimy dostarczyć oryginał prawa wykonywania zawodu w celu wpisu specjalizacji oraz kserokopię dyplomu nadającego tytuł specjalisty w określonej dziedzinie specjalizacji,

CERTYFIKAT E-ZŁA (ZUS)

W związku z licznymi zapytaniami w sprawie wygenerowania certyfikatu e-zła (ZUS) informujemy, iż należy postępować zgodnie z instrukcją Aplikacja gabinet.gov.pl – podręcznik użytkownika (Obsługa certyfikatów e-zła (ZUS)).

Link do pobrania:

<https://gabinet.gov.pl/pdf/instrukcja>

Jak wystawić e-receptę w aplikacji gabinet.gov.pl - film instruktażowy dla pielęgniarki, położnej:

<https://www.youtube.com/watch?v=kNtIFJe8UK8>

SKŁADKI CZŁONKOWSKIE W 2022 ROK – WYSOKOŚĆ I ZASADY OPŁAT

SKŁADKI CZŁONKOWSKIE W 2022 rok – WYSOKOŚĆ I ZASADY OPŁAT

1. **1% miesięcznego wynagrodzenia** zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego.

2. przepis pkt 1 ma zastosowanie także w przypadku pielęgniarki lub położnej nieprowadzącej działalności gospodarczej, a wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia.

3. **46,66zł** miesięcznie – w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 2-3, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

Wyliczona wysokość składki miesięcznej stanowi 0,75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego.

ZASADY OPŁACANIA SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

1. Opłacanie składek członkowskich jest obowiązkowe dla pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem osób zwolnionych z ich opłacania.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie z kilku źródeł, składka członkowska powinna być naliczana z jednego źródła, w którym jej wysokość jest najwyższa.

3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie – **do 15 dnia** każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

na rachunek:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
nr konta bankowego:

MILLENNIUM BANK 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne lub pielęgniarze/położni:

1. bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy,

(pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy),

2. które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wnioski o dofinansowanie zaprzestania wykonywania zawodu w OIPIP w Częstochowie,

3. wykonujące zawód wyłącznie w formie wolontariatu,

4. przebywające na urlopie macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim,

5. pobierające świadczenie rehabilitacyjne lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej lub będące opiekunami osób otrzymujących świadczenie pielęgnacyjne stanowiące ich jedyne źródło dochodu,

6. będące studentami studiów stacjonarnych II stopnia na kierunku pielęgniarstwo/ położnictwo, które nie wykonują zawodu,

7. pobierające zasiłek chorobowy z ZUS – bez stosunku pracy,

8. niepracujące, które posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierają świadczenie przedemerytalne.

5. Nieuregulowanie przez pielęgniarkę, położną składek uprawnia OIPIP w Częstochowie do wszczęcia postępowania administracyjnego zgodnie z art. 92 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych. (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.).

Podstawa prawna:

- Ustawa o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 r. (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.)

- Uchwała Nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

WPIS DO REJESTRU ORGANIZATORÓW KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

Za wpis do rejestru organizatorów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w 2022r. opłata wynosi – **354 zł**. Wysokość opłaty wynika z przepisów art. 76 ust. 5 ustawy o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 r. (Dz. U. Nr 174, poz. 1038 z późn. zm.) i wynosi 6% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis.

WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

1. Wpis do rejestru podlega opłacie wynoszącej 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru



wynosi w 2022 r. - **118 zł**.

2. Zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty, o której mowa w pkt. 1 i wynosi w 2022 r. - **59 zł**.

OPŁATA ZA WYDANIE ZAŚWIADCZENIA UZNAJĄCEGO KWALIFIKACJE

Wysokość opłaty za zaświadczenie o posiadaniu kwalifikacji zgodnych z minimalnymi wymaganiami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz że posiadany dyplom potwierdza posiadanie formalnych kwalifikacji

odpowiada dokumentom potwierdzającym formalne kwalifikacje pielęgniarki lub położnej wynikające z prawa Unii Europejskiej – **3%** minimalnego wynagrodzenia za pracę ustalonego na podstawie przepisów ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę (Dz. U. z 2020 r. poz. 2207), tj. **90,30 zł**.

Opłaty prosimy dokonać na rachunek:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie nr konta bankowego:

MILLENNIUM BANK 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

NOWE ZASADY DOTYCZĄCE IZOLACJI

OD 2 LUTEGO 2022 R. NOWE ZASADY DOTYCZĄCE IZOLACJI DOMOWEJ ORAZ KWARANTANNY DLA PIELĘGNIAREKI POŁOŻNYCH

„Od 2 lutego izolacja domowa m.in. dla osób wykonujących zawody medyczne, żołnierzy i funkcjonariuszy będzie trwać 7 dni (od dnia uzyskania pierwszego dodatniego wyniku w kierunku SARS-CoV-2) i 5 dni (jeżeli wynik testu wykonany nie wcześniej niż w piątej dobie jest negatywny)” – wynika z informacji MZ przekazanych na Twitterze.

Jeśli chodzi o kwarantannę dla tych grup zawodowych to została ona skrócona do 5 dni.

„Kwarantanna nie stosuje się, jeżeli osoba codziennie przez 5 dni będzie wykonywała test antygenowy i uzyskiwała ujemny wynik” – podkreśliło MZ.

Jeśli wykonujesz zawód medyczny, jesteś żołnierzem lub funkcjonariuszem od 2 lutego twoja izolacja będzie trwać:

- 7 dni – od dnia uzyskania pierwszego dodatniego wyniku testu w kierunku SARS-CoV-2,
- lub 5 dni – jeżeli wynik testu jest negatywny, pod warunkiem, że był wykonany nie wcześniej niż w piątej dobie.

Kto podlega kwarantannie?

Zgodnie z obowiązującymi przepisami obowiązkowej kwarantannie podlegasz, jeśli:

- masz skierowanie na test w kierunku wirusa SARS-CoV-2 – kwarantanna jest nakładana automatycznie i trwa od dnia, w którym wystawiono ci skierowanie na test, do chwili uzyskania ujemnego wyniku testu, który automatycznie zwalnia z odbywania obowiązkowej kwarantanny (kwarantanna kończy się najpóźniej po 7 dniach, które liczone są od dnia po dniu otrzymaniu skierowania),
- miałeś(-aś) bliski kontakt z osobą zakażoną np. w pracy, szkole – przez 7 dni, licząc od dnia następującego po kontakcie,
- mieszkasz z osobą zakażoną (izolowaną) – od dnia uzyskania pozytywnego wyniku testu przez osobę zakażoną (poddaną izolacji) do 7 dni po zakończeniu izolacji osoby zakażonej,
- wracasz z zagranicy.

Jeśli udzielasz świadczeń chorym na COVID-19, jesteś żołnierzem lub funkcjonariuszem twoja kwarantanna będzie trwała 5 dni. Nie stosuje się jej, jeżeli codziennie przez 5 dni przed pracą/służbą będziesz robić test



antygenowy i uzyskiwać ujemny wynik.

Kogo kwarantanna nie obejmuje?

Obowiązkowej kwarantannie nie podlegają:

- osoby, które mieszkają z osobą na kwarantannie (osoba na kwarantannie to osoba zdrowa, która miała np. kontakt z osobą zakażoną COVID-19). Przykład: Twój domownik miał bliski kontakt z osobą chorą na COVID-19. Nie jest jednak zakażony, ale musi odbyć obowiązkową kwarantannę. W takiej sytuacji Ty nie podlegasz kwarantannie. UWAGA! W sytuacji kiedy osoba, z którą mieszkasz jest zakażona COVID-19 (przebywa w izolacji) obowiązują inne zasady.
- osoby w pełni zaszczepione przeciwko COVID-19. UWAGA! Jeśli jesteś zaszczepiony, ale mieszkasz z osobą, która jest zakażona COVID-19, musisz odbyć obowiązkową kwarantannę.
- ozdrowieńcy, czyli osoby, które chorowały na COVID-19, nie później niż 6 miesięcy od dnia uzyskania pozytywnego wyniku testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.

Uwaga! Kwarantanna może dotyczyć osób zaszczepionych i ozdrowieńców, jeśli np:

- wracasz z wyjazdu spoza strefy Schengen i nie przedstawiś negatywnego wyniku testu przy kontroli granicznej;
- mieszkasz z osobą, która ma koronawirusa.

Od kiedy zaczyna się kwarantanna?

Kwarantanna osoby skierowanej na badanie z zasady trwa 7 dni od dnia wystawienia skierowania przez lekarza do czasu uzyskania wyniku ujemnego.

Jeśli mieszkasz z osobą izolowaną, musisz poddać się rzeczywistej kwarantannie już od momentu uzyskania przez

współmieszkańca dodatniego wyniku testu, zanim organy powiatowej inspekcji sanitarnej, w ramach wywiadu epidemiologicznego, zadzwonią do ciebie i wprowadzą twoje dane do systemu.

Co to jest izolacja i ile trwa?

Jeśli masz dodatni wynik testu, kwarantanna przekształca się w izolację, która kończy się:

- jeśli masz objawy – 3 dni od ustąpienia objawów, ale nie krócej niż 13 dni od wystąpienia objawów,
- jeśli nie masz objawów – 10 dni od uzyskania wyniku dodatniego (poprzedzającej kwarantannę się w te 10 dni nie wlicza).

Co jeśli mam negatywny wynik testu, a jestem na kwarantannie?

Jeśli twoja kwarantanna została nałożona ze względu na skierowanie na test lub przekroczenie granicy, a wynik twojego badania jest negatywny, oznacza to, że nie masz koronawirusa i nie musisz przebywać już na kwarantannie. Zachowaj jednak dotychczasowe środki ostrożności i higieny.

Jeśli objęto cię kwarantanną ze względu na kontakt z osobą zarażoną bądź z innych powodów – nawet negatywny wynik testu cię z niej nie zwalnia.

Pamiętaj! Jeśli mieszkasz z osobą zakażoną – wówczas obowiązują cię kwarantanna, która trwa przez cały okres izolacji osoby zakażonej plus 7 dni od dnia zakończenia tej izolacji. W tym przypadku nie możesz wychodzić z domu.

Kwarantanna – i co dalej?

Masz kwarantannę i zastanawiasz się, co teraz musisz zrobić? Po pierwsze, postępuj odpowiedzialnie i bezwzględnie pozostań w domu. Zrób to nawet wtedy, gdy jeszcze nie masz formalnej informacji o objęciu kwarantanną i dobrze się czujesz.

Zasady obowiązujące podczas kwarantanny:

- nie opuszczaj miejsca zamieszkania, zakaz obejmuje też spacer z psem, wyjścia do sklepu czy do lekarza,
- w przypadku występowania objawów choroby (złe samopoczucie, gorączka, kaszel, duszności), należy koniecznie zgłosić to do lekarza pierwszego kontaktu,
- postępuj zgodnie ze wskazówkami lekarza, sanepidu oraz innych służb,
- współpracuj ze służbami, w tym z sanepidem i policją w zakresie kontroli przebywania w miejscu zamieszkania podczas trwania kwarantanny,
- zainstaluj aplikację Kwarantanna domowa (do pobrania na stronie: aplikacja Kwarantanna domowa).

Skąd informacja o objęciu kwarantanną?

Informacja o objęciu kwarantanną zostanie zarejestrowana w systemie informatycznym Centrum e-Zdrowia (system EWP). Dostęp do tego systemu ma m. in. Policja i Zakład Ubezpieczeń Społecznych.

Status związany z kwarantanną, możesz sprawdzić poprzez Internetowe Konto Pacjenta (IKE) – Logowanie.

Państwowa Inspekcja Sanitarna nie wydaje decyzji związanych z objęciem kwarantanną. Nałożenie kwarantanny przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej jest dokumentowane wpisem w systemie EWP.

Kwarantanna a świadczenia pieniężne

Informacja o kwarantannie w systemie EWP jest dostępna również dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, który udostępnia je pracodawcom na profilu PUE ZUS. Podstawą wypłaty świadczenia z tytułu choroby (wynagrodzenia za czas choroby lub zasiłku chorobowego) za okres nieobecności w pracy z powodu obowiązkowej kwarantanny jest informacja w systemie.

Osoba skierowana na kwarantannę przez Państwową Inspekcję Sanitarną ma prawo do świadczenia chorobowego (wynagrodzenia za czas choroby albo zasiłku chorobowego). Dotyczy to osób objętych ubezpieczeniem chorobowym, np. w związku z zatrudnieniem na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia czy prowadzeniem działalności gospodarczej.

Podstawą wypłaty świadczeń chorobowych przez pracodawcę lub ZUS za okres nieobecności w pracy z powodu obowiązkowej kwarantanny jest informacja z systemu EWP.

Ubezpieczony poddany kwarantannie w związku z zakażeniem koronawirusem osoby, z którą wspólnie zamieszkuje lub prowadzi wspólne gospodarstwo domowe (pozytywny wynik testu), z którym nie skontaktowała się Państwowa Inspekcja Sanitarna powinien do wypłaty tych świadczeń złożyć oświadczenie o konieczności odbycia kwarantanny.

Ubezpieczony, który ubiega się o zasiłek opiekuńczy w związku z opieką nad dzieckiem lub innym członkiem rodziny przebywającym na kwarantannie lub objętym izolacją w warunkach domowych, powinien złożyć oświadczenie o konieczności sprawowania tej opieki.

Podmiot, który wypłaca świadczenia z tytułu choroby lub sprawowania opieki (pracodawca lub ZUS) może wystąpić do organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o potwierdzenie informacji zawartych w oświadczeniach.

Więcej szczegółowych informacji znajdziesz na stronie ZUS.

Wsparcie w czasie kwarantanny

Jeśli podczas kwarantanny potrzebujesz pomocy, np. w robieniu zakupów, możesz skontaktować się w lokalnym ośrodku pomocy społecznej. Listę placówek znajdziesz na stronie: Pomoc w czasie kwarantanny

Jeśli potrzebujesz wsparcia psychologicznego, zajrzyj na stronę: Pomoc psychologiczna

Konsekwencje nieprzestrzegania kwarantanny

Kontrolę realizacji obowiązkowej kwarantanny w warunkach domowych sprawują organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz Policja, Straż Graniczna, Żandarmeria Wojskowa lub Wojska Obrony Terytorialnej. Przepisy prawa przewidują możliwość nałożenia kary finansowej do 30 tys. zł na osoby, które nie przestrzegają kwarantanny. Decyzja co do konkretnej wysokości kary jest zawsze indywidualna.

Potrzebujesz więcej informacji na temat kwarantanny

Jeśli masz dodatkowe pytania dotyczące kwarantanny, zadzwoń na całodobową infolinię do kontaktu z inspekcją sanitarną: +48 22 25 00 115.

Źródło: Ministerstwo Zdrowia



OPINIA PRAWNA

OPINIA PRAWNA W SPRAWIE: CZY POŁOŻNA MOŻE OBJĄĆ SAMODZIELNIE OPIEKĄ RODZĄCĄ Z CESARSKIM CIĘCIEM W WYWIADZIE, JEŚLI PACJENTKA WYBIERA PORÓD W WARUNKACH DOMOWYCH I PROSI POŁOŻNĄ O OPIEKĘ.



Podstawa prawna

Od 1 stycznia 2019 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2018, poz. 1756).

Rozporządzenie zostało wydane na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm., tj. z dnia 9 listopada 2018 r. Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), zgodnie z którym Minister właściwy do spraw zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą, kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych.

Ustawodawca w uzasadnieniu do obowiązującego rozporządzenia nowy Standard Organizacyjny Opieki Okołoporodowej wskazał, że:

- uwzględniła ono wytyczne Światowej Organizacji Zdrowia (WHO),
- osiągnięcia medycyny opartej na dowodach naukowych oraz
- doświadczenia polskie w zakresie opieki nad matką i dzieckiem.

Jednocześnie, zgodnie z uzasadnieniem projektu rozporządzenia „Projekt zwraca szczególną uwagę na właściwe wykorzystanie wiedzy i kompetencji położnych. W związku z powyższym zaproponowane przepisy powinny pozwolić położnym na większą samodzielność w sprawowaniu opieki nad matką i noworodkiem.”

Sprawowanie opieki przez położną

Położna została wskazana w pkt I ust. 4 pkt 7 a) jako jedna z osób „sprawujących opiekę”, która jest odpowiedzialna za wykonywanie świadczeń określonych w Standardzie

Organizacyjnym Opieki Okołoporodowej.

Zadania osoby sprawującej opiekę – położnej.

Do zadań osoby sprawującej opiekę należy szereg czynności wskazanych w pkt I ust. 8 Standardu Organizacyjnego Opieki Okołoporodowej w tym m.in. ocena stanu zdrowia ciężarnej, a także ocena występowania czynników ryzyka (pkt III ust. 5).

W przypadku stwierdzenia przez położną, że występują czynniki ryzyka, których katalog otwarty jest zawarty w pkt III ust. 1-4, ciężarna powinna pozostawać pod opieką lekarza położnika o odpowiednim do ich stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym odpowiednią opiekę.

Jednym z czynników ryzyka, który położna powinna zidentyfikować na podstawie pkt III ust. 1 pkt 8 Standardu jest:

stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo po krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebytym wycięciu macicy.

Cięcie cesarskie (łac. sectio caesarea) to niewątpliwie operacja położnicza polegająca na rozcięciu powłok brzusznych oraz macicy.

Zatem STAN PO cięciu cesarskim może stanowić ryzyko powikłań okołoporodowych.

Stan ten zobowiązana jest zidentyfikować osoba sprawująca opiekę.

Położna na mocy pkt III ust. 7 po zidentyfikowaniu u ciężarnej takiego stanu po cięciu cesarskim, który rodzi ryzyko powikłań okołoporodowych zobowiązana jest omówić z ciężarną lub jej przedstawicielem ustawowym tak, aby zapewnić podjęcie świadomej decyzji odnośnie do wyboru miejsca porodu.

Ostateczna decyzja należy do ciężarnej.

Powyższe rozwiązanie ustawodawcy oznacza, że to oczywiście ciężarna podejmuje ostateczną decyzję co do miejsca porodu i może wybrać warunki poza szpitalne nawet jeśli wystąpią czynniki ryzyka. Nie ma ustawowego zakazu porodu w warunkach poza szpitalnych dla ciężarnej. Ale jest powinność pozostawania ciężarnej pod opieką lekarza położnika gdy stwierdzone zostaną czynniki ryzyka.

Decyzja ciężarnej musi być podjęta na podstawie rzetelnych informacji przekazanych przez położną, która jest odpowiedzialna za stosowanie Standardu.

Odpowiedzialność położnej.

Sam fakt cięcia cesarskiego nie wyklucza możliwości kolejnego porodu w warunkach domowych, o ile stan po cięciu cesarskim na to pozwala.

Jednak, odpowiedzialność położnej jest daleko idąca i obejmuje zarówno odpowiedzialność zawodową, karną, jak i odszkodowawczą, która skutkować może egzekucją z majątku prywatnego (gdy nie wystarczy kwot zabezpieczenia) odszkodowania, zadośćuczynienia, czy renty na rzecz poszkodowanego.

Dlatego też, w sytuacji, gdy wg oceny położnej istnieje ryzyko związane z rodzeniem przez ciężarną po cesarskim cięciu w warunkach domowych – powinna rozważyć odmowę samodzielnej opieki.

Sytuację każdej pacjentki należy rozpatrywać indywidualnie pamiętając o tym, że zgodnie z pkt I ust. 12 Standardu położna, która wykonuje świadczenia w warunkach poza szpitalnych jest zobowiązana do zapewnienia ciągłości opieki w czasie porodu oraz połogu. Jeżeli położna ta nie może sprawować opieki osobiście, zapewnia odpowiednią jej organizację, przez opracowanie i uzgodnienie

z odpowiednimi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą porozumień obejmujących tryb i warunki przekazania rodzącej lub położnicy lub noworodka do oddziału położniczego lub neonatologicznego odpowiedniego poziomu referencyjnego, zapewniającego opiekę perinatalną lub neonatologiczną, w przypadku wystąpienia niekorzystnych objawów śródporodowych czynników ryzyka lub czynników ryzyka płodu lub noworodka.

*Monika Drab, radca prawny
15 lipca 2021 r.*

PRZERWA W WYKONYWANIU ZAWODU PIELEŃNIARKI

Przerwa w wykonywaniu zawodu pielęgniarki, położnej przez okres dłuższy niż 5 lat.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie uprzejmie informuje, iż od 1 stycznia 2021r. następuje zmiana w procesie przeszkolenia pielęgniarki i położnej w związku z przerwą w wykonywaniu zawodu.



(ZMIANA OBOWĄZUJE W OKRESIE TRWANIA OKRESU EPIDEMICZNEGO)

Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej wprowadza zmiany:

1. W art. 26 dodaje się pkt 5 w brzmieniu:

W OKRESIE TRWANIA STANU EPIDEMIOLOGICZNEGO LUB STANU EPIDEMII PIELEŃNIARKA I POŁOŻNA, O KTÓREJ MOWA W UST. 1 JEST ZWOLNIONA Z ODBYCIA PRZESZKOLENIA- pod warunkiem, że pierwsze trzy miesiące wykonywania zawodu udziela świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej.

Od 1 stycznia 2021 r. wszelkie sprawy związane z przyjęciem pielęgniarki lub położnej przejmują potencjalny pracodawca, do którego osoba zainteresowana zwróci się z prośbą o zatrudnienie. Obywać się to będzie bez skierowania z OIPIP w Częstochowie.

UWAGA!

Od 1 stycznia 2021r. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych nie wydaje w tym zakresie żadnej dokumentacji, która tak jak do tej pory kierowała zainteresowane osoby do wybranych podmiotów celem odbycia przeszkolenia lub była dokumentem potwierdzającym zdany egzamin końcowy i odbyte przeszkolenie.

SPOTKANIE PRZEDSTAWICIELI NIPIP Z SZEFEM KANCELARII PREZYDENTA RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

11 lutego 2022 r. Szef Kancelarii Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej, Minister Grażyna Igančzak-Bandyć spotkała się z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Wiceprezes Mariolą Łodzińską, Wiceprezesem Sebastianem Irzykowskim oraz Sekretarz Joanną Walewander.

Podczas spotkania zostały omówione tematy związane z:

- sytuacją kadrową w systemie opieki zdrowotnej,
- strukturą wiekową pielęgniarek,
- emigracją zarobkową kadry medycznej,
- problemem pogłębiającego się deficytu kadrowego pielęgniarek w domach pomocy społecznej.

Ponadto omówiono sytuację wynagrodzeń pielęgniarek



i położnych oraz problemy związane z realizacją „Polityki Wieloletniej Państwa na rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”. Spotkanie to było również okazją do rozmowy na temat inicjatywy Pana Prezydenta RP dotyczącej panelu ekspertów „Info Covid-19. Zapytaj – Zdecyduj”.

ZASIŁEK CHOROBY A OSOBY ZATRUDNIONE W PODMIOCIE LECZNICZYM

W pierwszej kolejności do kręgu osób mogących skorzystać z preferencyjnych warunków wyliczenia zasiłku chorobowego należy zaliczyć pracowników podmiotów leczniczych. Chodzi tu o wszystkich tych pracowników, którzy mają do czynienia z osobami chorymi na koronawirusa. Nie ma znaczenia, czy dana jednostka jest przeznaczona wyłącznie do leczenia chorych na COVID-19 (np. szpital jednoimienny), czy też nie. Aby jednak taka osoba mogła otrzymać 100% zasiłku, musi zostać spełniona jedna z poniższych przesłanek:

ubezpieczony pracownik odbywa kwarantannę, izolację lub izolację w warunkach domowych, jeżeli wynikają one ze styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym

lub ubezpieczony pracownik jest niezdolny do pracy z powodu COVID-19, a niezdolność ta powstała w związku z wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym.

Po spełnieniu powyższych warunków pracownik zatrudniony w podmiocie leczniczym ma prawo do zasiłku chorobowego w wysokości 100% podstawy wymiaru, nawet jeśli nie wyczerpał w danym roku kalendarzowym okresu 33 lub 14 dni wypłaty wynagrodzenia z czas niezdolności do pracy z powodu choroby.

Zasiłek chorobowy na preferencyjnych warunkach przysługuje zarówno osobom zatrudnionym na podstawie umowy o pracę i objętym ubezpieczeniem chorobowym, jak i osobom wykonującym pracę w systemie B2B, którzy dobrowolnie opłacają składki chorobowe.

Jeżeli pracownik przebywał na zwolnieniu lekarskim przed wejściem w życie nowych przepisów, tj. przed 5 września i otrzymał zasiłek chorobowy w wysokości niższej niż 100%, na wniosek ubezpieczonego ZUS ma obowiązek wyrównać wypłacone świadczenie.

OPINIE

Opinia w sprawie wymaganych kwalifikacji dla pielęgniarek i położnych przeprowadzających zalecane szczepienia ochronne

Zasady przeprowadzenia szczepień ochronnych, w tym wymagane kwalifikacje osób je przeprowadzających określają przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (t.j. Dz. U. z 2020 r., poz. 1845 ze zm.) wraz z przepisami wykonawczymi.

Stosownie do postanowień art. 17 ust. 6 ww. ustawy obowiązkowe szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze lub fелczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne posiadające kwalifikacje określone na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3 ustawy.

W aktualnym stanie prawnym kwalifikacje te określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 753 ze zm.).

Zgodnie z § 6 ww. rozporządzenia lekarze, fелczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne przeprowadzają obowiązkowe szczepienia ochronne jeżeli:

- odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień

Zasiłek chorobowy a osoby zatrudnione w jednostkach pomocy społecznej

Kolejną grupą uprawnioną do wyższego zasiłku chorobowego są ubezpieczeni zatrudnieni w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej świadczącej usługi całodobowo, noclegowniach lub innych placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełno-sprawnym, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku.

Analogicznie do pracowników podmiotów leczniczych preferencyjne świadczenia należą się wyłącznie, gdy pracownik otrzymał L4 w związku z wykonywaniem obowiązków w jednostce, pracując zarażonymi koronawirusem lub gdy jest zmuszony odbyć kwarantannę bądź izolację, jeśli wynikają one ze styczności z osobami chorymi na COVID-19.

W przypadku osób zatrudnionych w jednostkach pomocy społecznej prawo do skorzystania ze 100% wynagrodzenia za czas niezdolności do pracy z powodu choroby oraz zasiłku chorobowego obowiązuje od 29 listopada 2020 roku. Dla tych pracowników nie została jednak przewidziana możliwość wyrównania świadczeń za okres przed wejściem nowych przepisów.

Przykład 1.

Pan Jan jest zatrudniony w DPS-ie. Mając kontakt z osobami zarażonymi na koronawirusa, również zachorował. W związku z tym faktem został poddany obowiązkowej Izolacji. Okres odosobnienia trwał od 18 listopada do 5 grudnia 2020 roku. Za okres niezdolności do pracy pan Jan otrzymał: wynagrodzenie chorobowe w wysokości 80% podstawy wymiaru za okres od 18 do 28 listopada 2020 roku; wynagrodzenie chorobowe w wysokości 100% podstawy wymiaru za okres od 29 listopada do 5 grudnia 2020 roku.

Źródło <https://poradnikpracownika.pl/zasilek-chorobowy-dla-medyków-w-czasie-covid-19>

ochronnych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz przepisów o zawodach pielęgniarki i położnej, lub

- posiadają co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

Powyższe wymogi stosuje się również w odniesieniu do osób przeprowadzających szczepienia zalecane. Stosownie bowiem do postanowień art. 19 ust. 6 ustawy, do przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych stosuje się m.in. postanowienia art. 17 ust. 6 ustawy dotyczące kwalifikacji osób je przeprowadzających.

W związku z powyższym należy wskazać, że do przeprowadzania zalecanych szczepień ochronnych uprawnione są wyłącznie te pielęgniarki i położne, które:

- odbyły w ramach doskonalenia zawodowego kurs lub szkolenie w zakresie szczepień ochronnych i uzyskały dokument potwierdzający ukończenie tego kursu lub szkolenia, lub uzyskały specjalizację w dziedzinie, w przypadku której ramowy program kształcenia podyplomowego obejmował problematykę szczepień ochronnych, lub
- posiadają co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych.

Barłomiej Achler adwokat

Źródło <https://nipip.pl/prawo/opinie/prawne/>

Opinia prawna w sprawie uprawnień pielęgniarek i położnych do przeprowadzania badań kwalifikacyjnych do szczepień ochronnych przeciwko Covid-19.

Stosownie do postanowień art. 21c ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2020 r., poz. 1845, z późn. zm.) w przypadku wystąpienia stanu zagrożenia epidemicznego albo stanu epidemii, ogłoszonego z powodu COVID-19, wykonanie szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 jest poprzedzone badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do jego wykonania przeprowadzanym przez lekarza lub osobę posiadającą kwalifikacje określone w przepisach wydanych na podstawie ust. 5.

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2021 r. w sprawie kwalifikacji osób przeprowadzających badania kwalifikacyjne i szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (Dz. U. z 2021 r., poz. 668) do kręgu osób uprawnionych do przeprowadzania badań kwalifikacyjnych w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 dodane zostały m.in. osoby, które wykonują zawód pielęgniarki lub położnej (§2 pkt 1 rozporządzenia).

Dodatkowo badania kwalifikacyjne może wykonywać również osoba kształcąca się na trzecim roku studiów na kierunku pielęgniarstwo i uzyskała dokument potwierdzający posiadanie umiejętności kwalifikowania do szczepień, wydany przez uczelnię prowadzącą to kształcenie, oraz przeprowadza badanie kwalifikacyjne pod nadzorem lekarza albo lekarza dentystry,

pielęgniarki, położnej, felczera, ratownika medycznego lub higienistki szkolnej.

W świetle § 2 pkt 1 ww. rozporządzenia należy uznać, że jedynym kryterium, na podstawie którego oceniane są kwalifikacje do przeprowadzania badań kwalifikacyjnych jest wykonywanie zawodu pielęgniarki, położnej.

Biorąc z kolei pod uwagę treść art. 7 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2021 r., poz. 479 ze zm.) prawo przeprowadzania badań kwalifikacyjnych w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia ochronnego przeciwko COVID-19 przysługuje:

- pielęgniarcie i położnej posiadającej prawo wykonywania zawodu stwierdzone albo przyznane przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych;
- pielęgniarcie i położnej posiadającej prawo wykonywania zawodu w innym państwie spełniającej wymogi określone w art. 25 u.z.p.i.p.;
- pielęgniarcie i położnej będącej obywatelką państwa członkowskiego Unii Europejskiej wykonującej zawód na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w trybie i na zasadach określonych w art. 24 u.z.p.i.p.

Należy wskazać, że powyższe zasady, zgodnie z aktualnym stanem prawnym, nie obejmują przeprowadzania badań kwalifikacyjnych do przeprowadzania obowiązkowych i zalecanych szczepień ochronnych.

Bartłomiej Achler adwokat

Źródło <https://nipip.pl/prawo/opinie/prawne/>

ETYKA DOBREJ WIARY

dr hab. Jarosław Barański - etyk, filozof, kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Jesteśmy skłonni z natury, zgodnie z Arystotelesem, do bycia tak dobrymi, jak i złymi. Kim przeto staniemy się, zależy wyłącznie od nas. Od naszych postanowień – codziennych i w okolicznościach, jakie nam się przydarzają. Postanowienia oparte na dobrej wierze niosą nas ku dobremu, które innym możemy zaoferować, zła zaś wiara odmawia innym czegokolwiek, co przysporzyłoby im radości życia – z tym przekonaniem, że ich szczęście odbiera nam własne.

I nie rzecz w tym, że mamy być najidealniejszą postacią dobroci, ale jedynie i aż o to, abyśmy byli – w miarę naszych możliwości – lepszymi, niż byliśmy dotąd. Wtedy kieruje nami dobra wiara, że takimi możemy być, a jednocześnie przeświadczenie, że takim jeszcze nie jesteśmy, a to znaczy, że możemy nimi być w przyszłości, choćby już jutro. To jest wyraz uczciwości wobec siebie, tak jak J.-P. Sartre to pojmował. Nie przypisujemy sobie czegoś, co do nas jeszcze nie należy i dzięki temu jesteśmy wobec siebie sprawiedliwi, a przy tym nie bałamucimy siebie dla lepszego samopoczucia przekonaniem, że jesteśmy inni, niż jesteśmy. Wierzmy przeto w to, że możemy być lepsi, a nie w to, że takimi już jesteśmy. I to jest wyznanie dobrej wiary – krytyczne, refleksyjne, a jednocześnie będące wyzwaniem, z którym pragniemy się zmierzyć. Zamiar dobrej wiary staje się miarą bycia człowiekiem lepszym. Dobra wiara wymaga odwagi w zniesieniu wszelkich przykrości, które inni mogą nam wyrządzić; w zniesieniu również rozczarowania sobą, gdy nie sprostało się swym zamiarom. Zła wiara natomiast jest tchórzostwem – ucieczką przed sobą i innymi w kłamstwo, oszustwo, w obtudę. Syci jedynie egoizm i skaża myśli oraz uczucia, dopuszczając złą wolę. Dobra wiara, przeciwnie, jest szczerością wobec siebie samego, kiedy dzięki niej potrafimy rozpoznać nie tylko swoje zalety, ale nadto i przede wszystkim swoje wady – tym,

kim jesteśmy. Za sprawą szczerości zwalczamy w sobie wady, aby nie stały się źródłem złej woli, i dopuszczamy dobrą wolę, aby być zdolnym do czynienia dobra. Dobra wiara podpowiada, że nas stać na bycie lepszymi dla ludzi; że z przychylności do nich kierowanej możemy wykrzesać to, czego potrzebują. Nie los czy przypadek, łut szczęścia albo zbieg okoliczności zapewnić mogą pomyślność. Możemy to sprawić sami, odnajdując w sobie dobrą wolę. I tylko z tej woli, własnej i dobrej, potrafimy uśmiechnąć się do kogoś, podać mu dłoń, być w gotowości do pomocy, otoczyć serdecznością. Dzięki dobrej woli zdolni jesteśmy opowiedzieć się za słabszym, stanąć po stronie skrzywdzonego i dać odpór krzywdzącym. A wszystko w granicach naszych psychicznych zdolności i fizycznych możliwości oraz naszego doświadczenia życiowego, jak określał skalę życzliwości adresowaną do innych Czesław Znamierski. Po pierwsze, nie szkodź, *primum non nocere*: nie bądź osobą zdolną do intencjonalnego, rozmyślnego krzywdzenia innych, a sprawiedliwą wobec siebie i innych, bo „dobrzy to są ludzie sprawiedliwi; tacy, co to nikogo nie krzywdzą”, pisał Platon. A nadto, bądź ludzkim, czyli takim człowiekiem, który dobrze życzy ludziom i służy im pomocą. To przejaw ludzkości domowej polegającej nade wszystko na ugoszczeniu innych, potrzebujących, we własnym życiu, przeto, według Kazimierza Brodzińskiego, „Ile przez człowieczeństwo jesteśmy słabi, tyle przez ludzkość silnymi”. A to dzięki współczuciu, dobroci i rozumności, jak dowodził Franciszek Karpiński, stajemy się przyjacielscy wobec innych i prawdomówni nawet wtedy, gdybyśmy mieli z tego powodu uciepieć. Potrzebujemy tej dobrej wiary w siebie, jak również u innych. Powinniśmy ją pielęgnować z zapamiętaniem, dzięki któremu usunąć możemy w sobie zdarzającą się nam niekiedy złą wolę. I jak pisał Henryk Elzenberg, „Trzeba się doskonalić samemu, aby stać się powołanym narzędziem doskonalenia drugich, czy świata. Doskonalenie świata przez kogoś, kto nie dba o wartość swą własną, sprawia wrażenie absurdu”. A wtedy nie mamy być lepszymi od innych, ale lepszymi dla innych.

Źródło: <https://www.doipip.wroc.pl>



KALENDARIUM

Styczeń – marzec 2022 rok

25.01.2022r.	Posiedzenie Komisji Rewizyjnej ORPiP w Częstochowie,
25.01.2022r.	Posiedzenie Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych - online,
31.01.2022r.	Posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych ORPiP w Częstochowie,
31.01.2022r.	Posiedzenie Komisji ds. dofinansowania leczenia uzdrowiskowego i turnusu rehabilitacyjnego ORPiP w Częstochowie,
31.01.2022r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
09.02.2022r.	Posiedzenie Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego oraz Komisji Legislacji – NIPiP - online,
17.02.2022r.	Posiedzenie Konwentu Przewodniczących Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych – online,
23.02.2022r.	Posiedzenie Komisji ds. dofinansowania leczenia uzdrowiskowego i turnusu rehabilitacyjnego ORPiP w Częstochowie,
23.02.2022r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
29.03.2022r.	V Regionalny Konkurs dzieci i młodzieży z zakresu udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej „Uratować znaczy żyć” – Szkoła Podstawowa nr 25 w Częstochowie,
30.03.2022r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
30.03.2022r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
27.04.2022r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

WYCIĄG Z PROTOKOŁU Z POSIEDZENIA PREZYDIUM ORPIP

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 29 grudnia 2021 roku.

Podjęto uchwały w sprawie:

- < wygaśnięcia Prawa Wykonywania Zawodu z powodu zgonu – 20 pielęgniarek,
- < dofinansowania leczenia uzdrowiskowego i turnusu rehabilitacyjnego - 2 pielęgniarki na kwotę 1 545 zł.,
- < udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych - 2 pielęgniarkom na kwotę 8 000 zł.,
- < dofinansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych - 9 pielęgniarek na kwotę 12 908 zł.,
- < wpisu pielęgniarek do Rejestru Pielęgniarek prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie – 5 pielęgniarek,
- < zaprzestania wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarka,
- < wykreślenia pielęgniarek z Rejestru Pielęgniarek

prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie – 3 pielęgniarki,
< anulowania zaprzestania wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony – 3 pielęgniarki.

Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 31 stycznia 2022 roku.

Podjęto uchwały w sprawie:

- < wykreślenia pielęgniarek z Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie – 3 pielęgniarki,
- < wykreślenia położnej z Rejestru Położnych prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie – 1 położna,
- < udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych - 2 pielęgniarkom na kwotę 9 000 zł.,
- < dofinansowania leczenia uzdrowiskowego i turnusu rehabilitacyjnego - 1 pielęgniarka na kwotę 700 zł.



BiRaKo
Producent Druków Medycznych

PROFESJONALNE NISZCZENIE DOKUMENTÓW

✓ medycznych ✓ handlowych ✓ księgowych itp.

www.niszczdok.pl

Zapraszamy do kontaktu: **725 272 209**

ul. Kościuszki 13 lok. 28, 42-200 Częstochowa, tel. 34 365 16 86, fax: 34 374 03 94, e-mail: birako@o2.pl

7 KWIETNIA – ŚWIATOWY DZIEŃ ZDROWIA I DZIEŃ PRACOWNIKA SŁUŻBY ZDROWIA

7 kwietnia przypada Światowy Dzień Zdrowia (ang. World Health Day). Obchody święta odbywają się corocznie od 1950 roku, w rocznicę powstania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Celem Światowego Dnia Zdrowia jest zwrócenie uwagi na najbardziej istotne problemy zdrowotne społeczeństw na całym świecie. W tym roku, już po raz drugi święto ma szczególny charakter, z uwagi na pandemię COVID-19, z którą mierzy się świat i która stała się najważniejszą kwestią w obszarze zdrowia publicznego.



Światowa Organizacja Zdrowia tegorocznym hasłem zwraca uwagę na nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, które szczególnie uwydatniła pandemia COVID-19. Mimo, iż uderzyła ona w wiele krajów, największe piętno odcisnęła na społecznościach, które mają mniejszy dostęp do wysokiej jakości usług opieki zdrowotnej. Stąd też WHO wzywa do podjęcia działań służących wyeliminowaniu nierówności zdrowotnych i łączenia ludzi w celu budowania sprawiedliwszego i zdrowszego świata, w myśl zasady, iż nikt nie jest bezpieczny dopóki wszyscy nie będą bezpieczni!

W kontekście tegorocznego Światowego Dnia Zdrowia zwraca się też szczególną uwagę na konsekwencje ekonomiczne i społeczne będące efektem panującej pandemii. Sytuacja epidemiczna oraz związane z nią zmiany w funkcjonowaniu społecznym mogą znacząco wpływać na nasze samopoczucie, wywołując niepokój oraz lęk. W tym okresie powinniśmy szczególnie zadbać nie tylko o swoje zdrowie fizyczne, ale też zdrowie psychiczne.

W Polsce obchodom Światowego Dnia Zdrowia towarzyszą również obchody **Dnia Pracownika Służby Zdrowia**.

Z tej okazji Wszystkim Pracownikom Służby Zdrowia składamy wyrazy uznania i wdzięczności za poświęcenie i zaangażowanie na rzecz ratowania życia i zdrowia drugiego człowieka.

Życzymy, aby udawało się Wam pielęgnować w sobie wewnętrzne ciepło, opanowanie i uśmiech, które tak bardzo cenią pacjenci i Wasi współpracownicy.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
życzy Przewodnicząca Barbara Płaza



UWAGA!!!

Zgodnie z uchwałą Nr 9/VII/08/2017 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie corocznie przyjmowane są wnioski o przyznanie odznaczenia zawodowego „Za zasługi w zawodzie”.

Tegoroczne kandydatury do tego prestiżowego odznaczenia przyjmowane są do 30.04.2022r.

Wnioski do pobrania znajdują się na stronie internetowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



KONDOLENCJE

„Czas wszystko zabiera, bo zabrać jest w stanie,
Lecz nigdy nie zabierze tego, co w sercu zostanie”.

... Nie pytam, Cię, Boże dlaczego Ją zabrałeś,
lecz dziękuję Ci za to, że nam Ją dałeś...

Z wielkim żalem zawiadamiamy, iż 9 lutego 2022 roku odeszła od nas w wieku 56 lat
Pielęgniarka oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie
przy ulicy Bialskiej

Ilona Zdunek

Łącząc się w bólu i żalobie z rodziną zmarłej, składamy szczerze z serca płynące wyrazy współczucia i słowa otuchy.
W piękny i szlachetny sposób byłaś sobą. Szanowałaś i ceniłaś innych. Potrafiłaś wesprzeć dobrym słowem, wysłuchać,
być przy drugim człowieku w smutku i radości. Zawsze życzliwa dla „małych” pacjentów, dobra dla nas...

Nie zdążyliśmy Ci powiedzieć, że Twoja obecność wśród nas sprawiała nam wiele radości, pozostaniesz na zawsze
w naszych sercach i wdzięcznych wspomnieniach.



Koleżanki, współpracownicy z Oddziału Chirurgii i Traumatologii Dziecięcej,
a także personel WSzS w Częstochowie
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Męża

dla Pani Anity Matonog

Pielęgniarki z Oddziału Geriatrycznego Miejskiego Szpitala
Zespolonego w Częstochowie przy ulicy Św. Barbary
Składają: Naczelnia Pielęgniarka Szpitala, koleżanki
z oddziału, współpracownicy szpitala
oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Wyrazy głębokiego współczucia, słowa wsparcia i otuchy
z powodu śmierci

Taty

dla Pani Sylwii Gęsiarz

Pielęgniarki Instrumentariuszki Bloku Operacyjnego
Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie przy ulicy
Mirowskiej
Składają: Naczelnia Pielęgniarka Szpitala, koleżanki
i współpracownicy Bloku Operacyjnego, szpitala
oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Wyrazy głębokiego współczucia
z powodu śmierci

Teściowej

dla Pani Grażyny Banasiak

Pielęgniarki Opieki Długoterminowej Centrum Medycznego
I-MED ul. Kopernika 10/12 w Częstochowie
składają: Dyrekcja oraz koleżanki i koledzy Centrum
Medycznego I-MED.
oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.

Wyrazy głębokiego współczucia, słowa wsparcia i otuchy
z powodu śmierci

Męża

dla Pani Ireny Klodos

Pielęgniarki Szpitalnego Oddziału Ratunkowego Miejskiego
Szpitala Zespolonego w Częstochowie przy ulicy Mirowskiej
Składają: Naczelnia Pielęgniarka Szpitala, koleżanki i koledzy
z SOR - u, współpracownicy szpitala
oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

„ Po tych latach wspinaczki
w końcu można stanąć na szczycie
i rozkoszować się widokiem...”

Składamy serdeczne podziękowania
Pani Grażynie Kowalczyk

Pielęgniarkę z Zakładu Opiekuńczo - Leczniczego
Miejskiego Szpitala Zespołowego w Częstochowie przy
ulicy Św. Barbary z powodu odejścia z zakładu pracy.
Składamy serdeczne podziękowania za czterdziestoletnią
pracę na rzecz pacjentów, za współpracę w zespole, za
przekazaną wiedzę i naukę, za niezwykle poczucie
humoru, pracowitość i takt.

Dziękujemy za wspólnie spędzony czas, pełen
profesjonalizm, sumiennosc i odpowiedzialność, za
zamiłowanie do zawodu.

Pragniemy życzyć Pani wielu lat w zdrowiu, realizacji
planów i zamierzeń, na które być może nie było wcześniej
czasu.

Życzymy pomyślności w życiu osobistym i wielu
powodów do uśmiechu.

Składają:
Pielęgniarka Naczelną Szpitala,
Koleżanki Pielęgniarki, Współpracownicy z ZOL
a także
Przewodnicząca Barbara Płaza
oraz
Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.

Składamy serdeczne gratulacje
z powodu przejścia na emeryturę;

Pani Wiesławie Surlej
Pani Ewelinie Nowickiej

Pielęgniarkom Systemu Państwowego Ratownictwa
Medycznego zatrudnionym w SP ZOZ Stacji Pogotowia
Ratunkowego w Częstochowie.

Pani Zofii Makles - Paliwoda

Pielęgniarkę Systemu Państwowego Ratownictwa
Medycznego zatrudnionej w ZOZ Kłobuck.

Składamy Paniom serdeczne podziękowania za
wieloletnią pracę, za zaangażowanie i odpowiedzialność
w ratowanie życia i zdrowia pacjentów.

Dziękujemy za wysoką kulturę osobistą, takt oraz
profesjonalizm, który przejawiał się podczas działania
w sytuacjach stresujących dla rodziny i pacjenta.

Życzymy Paniom zdrowia, odpoczynku i wielu radości,
zadowolenia z codziennych wydarzeń i przeżyć. Nowych
wyzwań, które będą miłym celem dalszego Waszego
życia.

Składają: Pielęgniarki i Położne oraz Ratownicy
Medyczni
a także
Przewodnicząca Barbara Płaza
oraz
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.

ROLA PIELEŃNIARKI W KOMUNIKACJI Z PACJENTEM PALIATYWNYM

W obecnym czasie, znacząco wzrosła liczba zachorowań na nowotwory, przez co zwiększyła się również liczba pacjentów znajdujących się pod opieką oddziałów i poradni paliatywnych. Z uwagi na ciężkość przebiegu schorzenia i znaczne deficyty w zakresie samoopieki i samopielęgnacji, grupa tych pacjentów często zależna jest od personelu pielęgniarskiego. W opiece tej istotnym elementem jest proces komunikacji, którego efektywność wpływa na jakość opieki.

Komunikacja międzyludzka jest nie tylko podstawą, ale także nieodzownym elementem codzienności. Jest integralną częścią pielęgniarstwa, w czasie sprawowania opieki nad chorym człowiekiem. Wpływa na wzajemne zrozumienie. Sprzyja nawiązywaniu i podtrzymywaniu relacji z innymi ludźmi. Struktura komunikacji zawsze zawiera trzy podstawowe elementy: nadawcę, informację i odbiorcę. Odnosi się do poglądów człowieka, jego życiowego doświadczenia, czy sposobu myślenia. Składają się na nią elementy werbalne, wokalne i niewerbalne. Wymaga również umiejętności właściwego odczytywania

treści komunikatu, między innymi mowy ciała.

Komunikacja interpersonalna stanowi ważny trzon, szybko rozwijającym się postępie diagnozowania, leczenia i pielęgnacji. To więcej, niż wymiana słów. To wzajemne interpretowanie rzeczywistości, odbywające się na zasadzie sprzężenia zwrotnego. To także sposób bycia, prezentowany podczas rozmowy. Pacjent to człowiek, który poza wsparciem w zakresie zaspokajania potrzeb biopsycho-społecznych, potrzebuje również dobrego słowa i uśmiechu.

Umiejętności pielęgniarki mają znaczący wpływ na prawidłowy przebieg komunikacji z każdym pacjentem, szczególnie zaś z pacjentem ciężko chorym. Choroba traktowana jest jako zbiór komunikatów. Zadowolenie ze sposobu leczenia i pielęgnowania, w dużej mierze odzwierciedlane jest jakością komunikacji lekarz-pacjent, pielęgniarka-pacjent. Istotnymi elementami procesu komunikowania są: atmosfera, szczerosc, wiarygodność, życzliwość i empatia, zrozumienie.

Pielęgniarstwo jest zawodem społecznego zaufania, przez



co wiąże się z ochroną najważniejszych wartości, jakimi są ludzkie życie i zdrowie. W świetle choroby nowotworowej, uwidaczniają się trudne sytuacje związane znieodwracalnymi zmianami w ciele i psychice człowieka. Ważną rolą pielęgniarki jest towarzyszenie pacjentowi do końca jego życia, zainteresowanie jego osobą poprzez aktywne słuchanie, okazywanie akceptacji, uwzględnienie czynników wpływających na prawidłowy przebieg komunikacji.

Dobra komunikacja uwzględnia nierozdzielność psychiki od ciała. Pacjenci oczekują zrozumiałych treści otrzymywanych od pracowników służby zdrowia. Komunikacja bez zaufania może być trudna, a nawet wprost niemożliwa.

Przebieg procesu komunikacji

Proces komunikacji polega na wymianie informacji pomiędzy otaczającym światem a jednostką. Jest podstawową cechą organizacji społeczeństw. Pojęcie komunikacja pochodzi od łacińskich słów *communico*, *communicare*, znaczy „połączyć, naradzać się, udzielić komuś wiadomości, uczynić wspólnym” oraz *communio* – „poczucie łączności, wspólność”. Termin *communication*, do XVI wieku na świecie, oznaczał utrzymywanie z kimś relacji. Szybki rozwój poczty i dróg, nadał znaczenie komunikacji jako przekazu, transmisji. Od XIX wieku po dzień dzisiejszy, komunikacja oznacza również przekaz informacji przy użyciu telefonii komórkowej, telewizji, radia, internetu oraz podróżowanie, czy przemieszczanie się ludzi, przedmiotów, np. samochód, samolot. Komunikacja to przekaz informacji z zamiarem uzyskania odpowiedzi.

Komunikowanie jest procesem porozumiewania się grup, jednostek lub instytucji. Towarzyszy ludziom od początku ich istnienia. Trwa w czasie i ma określoną ciągłość. Człowiek jako istota społeczna, nie może być samotny. Przekazuje sobie wzajemnie wiadomości dotyczące uczuć, otaczającej rzeczywistości, poglądów, wzajemnych reakcji, przez co musi rozwijać i zdobywać umiejętności komunikowania się.

Efektywne komunikowanie, to przede wszystkim rozumienie drugiego człowieka, dążenie do stworzenia dialogu ludzi, którzy znaleźli się w niecodziennych sytuacjach, np. spotkanie pielęgniarki z pacjentem. Życie ludzkie to ciągły proces porozumiewania się. Bycie

zrozumiałym, to poczucie wspólnoty, bliskości i bezpieczeństwa. Pozwala interpretować uzyskane informacje, odkryć myśli i uczucia innych ludzi, służy osiągnięciu wiedzy o otaczającym świecie.

R. B. Adler i G. Rodman (1985) podkreślają, że termin „komunikacja” oznacza porozumiewanie się ludzi między sobą. Zawężają ją zatem do kontaktu „twarzą w twarz”. Twierdzą, że komunikowanie się zaspokaja szereg naszych potrzeb. Ich zdaniem, jest ono niezbędne dla naszego zdrowia fizycznego. Według nich, ludzie dotknięci izolacją społeczną umierają przedwcześnie dwu, trzykrotnie częściej, od osób trwających w kontaktach społecznych. Wyróżniają oni potrzebę ego, które jest według nich jedynym sposobem porozumiewania się z innymi ludźmi, aby dowiedzieć się kim jesteśmy. Wielorakość pytań dotyczących cech oraz poczucie tożsamości, są wynikiem wymiany informacji między ludźmi, poprzez które w dużym stopniu możliwe jest określenie samego siebie. Uważają oni, że komunikacja jest gwarantem zaspokajania następujących potrzeb społecznych:

- potrzeba przyłączenia się, odczuwania, posiadania poczucia uczestnictwa w relacjach społecznych,
- potrzeba zapachu posiadania kontroli nad otoczeniem, czy też wywierania wpływu na innych ludzi,
- potrzeba przywiązania, przejawiająca się chęcią sprawowania opieki nad innymi ludźmi, a także jako odczucie, że inni opiekują się nami,
- potrzeby praktyczne pozwalają uzyskać i przekazać informacje niezbędne dla sprawnego funkcjonowania, i realizacji zamierzonych czynów.

Sposób komunikowania się ludzi uzależniony jest przez rolę, jakie pełnią oni podczas rozmowy. Do ważnych elementów procesu komunikowania się należą:

- a) uczestnicy,
- b) kontekst,
- c) komunikat,
- d) szumy,
- e) kanał przekazu,
- f) sprzężenie zwrotne.

Uczestnicy odgrywają ważną rolę odbiorców i nadawców. Bez nich, proces komunikowania nie miałby miejsca. Tutaj każda osoba pełni obie role jednocześnie. Musi posiadać umiejętności nadawania komunikatu i odbierania od drugiej osoby informacji. Brak przewidywalności ze strony rozmówcy, może doprowadzić do trudności w komunikowaniu się, aż po upór, a nawet zachowania agresywne.

Kontekst można rozpatrywać w wielu aspektach, np. otoczenie fizyczne (atmosfera zewnętrzna, światło, miejsce i czas), bądź np. w aspekcie historycznym (wydarzenia z przeszłości), psychologicznymi i kulturowymi.

Komunikat jest nieodzownym elementem procesu komunikowania się za pomocą słów, dźwięków. W komunikacji nadawcy i odbiorcy, zajmuje główne miejsce. Dzięki temu, człowiek przy użyciu swoich uczuć i myśli, przekazuje je drugiemu człowiekowi.

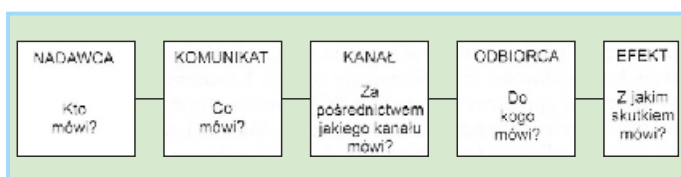
Niepożądanym elementem w procesie porozumiewania się

są szumy, czyli zakłócenia w przekazywaniu i odbiorze informacji. Przykładem zewnętrznego szumu może być hałas, ostre światło, choroba, dźwięki, zbyt wysoka lub niska temperatura w pomieszczeniu, gdzie odbywa się proces komunikacji. Kiedy odbiorca nie zwraca uwagi na komunikat, np. w wyniku złego samopoczucia, czy stereotypów postrzegania ludzi, mówi się wówczas o szumie wewnętrznym. Szum semantyczny następuje wtedy, gdy pomiędzy kodującym, a dekodującym (nadawcą a odbiorcą), występują kulturowe lub społeczne różnice, np. użycie żargonu zawodowego. Powoduje on utrudnienia w prawidłowym zrozumieniu komunikatu.

Kanał przekazu to droga, jaką pokonuje przekaz od nadawcy, do odbiorcy. W wyniku zakłóceń w komunikacji, użycie złego znaczenia danego słowa przez nadawcę, dochodzi do odblokowania błędnej interpretacji komunikatu przez odbiorcę.

Sprzężenie zwrotne, to ostatni element komunikacji, na jaki reaguje odbiorca po odblokowaniu komunikatu. Odbiorca informuje nadawcę o stopniu zrozumienia wiadomości. Zadaniem sprzężenia zwrotnego jest ulepszanie dokładności skutecznego komunikowania się pomiędzy nadawcą i odbiorcą.

Model komunikacji między nadawcą a odbiorcą, przedstawioną na rycinie 1.



Rycina 1. Model komunikacji między nadawcą a odbiorcą

Źródło: Sęk H. Społeczna psychologia kliniczna. PWN, Warszawa 2000

Działania człowieka uzależnione są od wielu czynników, do których bez wątpienia zalicza się cechy nadawcy i odbiorcy. Dotyczy to życia osobistego, zachowań, działań społecznych i pracy zawodowej.

Elementy procesu komunikacji:

1. Nadawca rozpoczyna wysyłanie wiadomości od myśli i odczuć i potwierdza, że jeśli mają być przekazane innej osobie, muszą być zakodowane. Wiadomość zbudowana z symboli oraz werbalnych i niewerbalnych znaków, musi być przekazana przez kanały do jednego lub większej ilości zmysłów w taki sposób, żeby mógł ją zrozumieć odbiorca. O tym, czy informacja dotrze do odbiorcy, decyduje nadawca i jego kompetencje. Świadomość problematyki powoduje, że przekaz jest zrozumiały.
2. Komunikat jest elementem kodowania, przekazem wiadomości dzięki któremu mowę się usłyszy, a ruch zobaczy. Zajmuje znaczące miejsce w komunikacji między nadawcą a odbiorcą. Do pacjenta należy zwracać się wprost. Komunikat przekazany drogą urządzeń technicznych może być niepełny.

3. Odbiorca komunikatu odekodowuje i interpretuje wiadomości. Powinien słyszeć i rozumieć, a co ważne, również umieć reagować na wiadomości do niego kierowane. Proces komunikacji nie zachodzi, jeśli odbiorca nie zrozumie, bądź nie otrzyma wiadomości. Może nie być skupiony na przekazywanych treściach. Odbiorca informację najczęściej przyjmuje, ale nie zawsze ją akceptuje.

Komunikowanie się oznacza współdziałanie ludzi, gdzie jeden z nich nadaje sygnał, a drugi odbiera i analizuje go przy życiu uzgodnionych zasad i zwyczajów.

Proces komunikacji może przebiegać w sposób:

1. Ciągły – od narodzin do śmierci, obecny przez całe życie człowieka.
2. Kreatywny – powstają inne pojęcia, które przyswajają uczestnicy.
3. Społeczny – przebiega przynajmniej pomiędzy dwoma jednostkami.
4. Nieuchronny – pomiędzy ludźmi zachodzi wszędzie i zawsze.
5. Symboliczny – uczestnicy nie zrozumieliby się, gdyby nie używali znaków i symboli.
6. Interakcyjny – może nastąpić jednej ze stron dominacja, bądź komunikowanie odbywać się w sposób partnerski.
7. Świadomy i celowy – utworzony wyrażonymi motywami każdego z uczestników procesu.



Najczęstszym sposobem porozumiewania się, jest komunikowanie interpersonalne, czyli bezpośrednie. Jest to wymiana informacji, rozumienie siebie i ludzi. Odbywa się na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Aby zachować spójność między komunikatami werbalnymi i niewerbalnymi, proces komunikacji musi przebiegać bez zakłóceń. To, co wyrażane jest przy pomocy słów, ma potwierdzać mowa ciała. Komunikowanie masowe, czyli pośrednie, to proces przekazywania wiadomości za pośrednictwem mass mediów, do odbiorców środków masowego przekazu. Zmysły zaangażowane w ten typ komunikacji, to wzrok i słuch. Komunikowanie ustne nie wymaga dłuższego przygotowania i jest łatwe w użyciu. Daje szanse odbierania i przekazywania sygnałów niewerbalnych. Komunikacja pisemna pozwala dokonać korekt, przyswoić informację, dostosować treść komunikatu do indywidualnego odbiorcy, aby uniknąć późniejszych nieporozumień. Wadą jest opóźnianie informacji zwrotnej, co przekłada się na wymianę poglądów.

Aktywne słuchanie pełni bardzo ważną rolę w komunikacji. Umożliwia prawidłowe zrozumienie wypowiedzi. Sposób słuchania, umacnia pacjenta w przekonaniu, że nie jest traktowany jak kolejny przypadek kliniczny. Od osoby opiekującej się nim, wymaga on zatem koncentracji i ciągłego monitorowania sytuacji, eliminacji czynników zakłócających przekaz, np. dźwięki z otoczenia oraz oceny efektów rozmowy.

Aktywne słuchanie jest przejawem relacji opartej na wzajemnym szacunku, empatii i zaufaniu. Według Kell'ego, cechami dobrego słuchacza są:

- a) zdolność do pełnego odbioru i trafnej interpretacji (koncentracja uwagi nie tylko na sygnałach pozawerbalnych, ale także na werbalizacji chorego),
- b) skupienie się nie tylko na sensie, ale także na formie komunikatu (różnicowanie wnioskowania od obserwacji),
- c) życzliwa i otwarta postawa wobec nadawcy,
- d) zwracanie uwagi na pacjenta,
- e) umiejętność reagowania na treści wypowiedzi, jak również kryjące się w niej uczucia,
- f) wyznaczanie ważnych punktów wypowiedzi,
- g) obecność fizyczna,



- h) empatyczne okazywanie rozumienia względem wypowiedzianych przez chorego treści,
- i) utrzymanie kontaktu wzrokowego.

Bardzo ważne jest aby człowiek, który przeżywa problem, otrzymał potwierdzenie, że jest słuchany, akceptowany i rozumiany, np. poprzez pozawerbalne znaki (stały kontakt wzrokowy, kiwnięcie głową). Komunikacja werbalna pozwala ludziom na dzielenie się wypowiedziami i wyrażanie myśli. To język mówiony i pisany. Od niej zależą pozytywne stosunki między współpracownikami, pacjentami, bliskimi osobami. Właściwe zrozumienie, daje sukces w rozmowach i realizację założonych celów. Poprawność werbalnego komunikatu jest niezbędna do przekazywania istotnych informacji^[8]. Ważną rolę w komunikacji werbalnej odgrywają:

- a) Treść wypowiedzi.

Osoba odbierająca komunikat, nadaje znaczenie słowom wypowiedzianym przez nadawcę, które są sygnałami dźwiękowymi. Podstawowym źródłem nieporozumień komunikatu przez odbiorcę nie są słowa, lecz sposób ich interpretacji. Sens wypowiedziom pacjenta nadaje pielęgniarka, natomiast znaczenie słowom pielęgniarki nadaje pacjent. Dlatego, aby zwiększyć skuteczność komunikowania się, pielęgniarka powinna sprawdzić, czy pacjent zrozumiał jej informacje, co ostatecznie uznał za treść jej przekazu i czy ona zrozumiała pacjenta zgodnie z jego intencjami. Błędem jest koncentrowanie się na swoich celach.

- b) Płynność mowy.

Wszelkie przerywniki mogą ograniczyć przekaz wypowiedzi.

- c) Modulowanie i akcent.

Dla odbiorcy większe znaczenie ma charakter akcentowanego komunikatu, niż wypowiedziane treści.

- d) Parafrazowanie.

Aby upewnić się, że komunikat został dobrze zrozumiany, pielęgniarka opowiada swoimi słowami, jak rozumie wypowiedzi chorego.

Komunikacja niewerbalna, to inaczej mowa ciała, obejmująca wiele aspektów takich, jak: kontakt wzrokowy, dotyk, mimika twarzy, ułożenie ciała, gesty wspomagające mowę w komunikacji. Zazwyczaj dokonują się one bez udziału świadomości, ponieważ zmianę wielkości źrenic, czy drżenie rąk można kontrolować w małym stopniu. Czynniki te mają odzwierciedlenie w kształtowaniu wspierającej relacji i w poświęceniu uwagi rozmówcy^[9]. Wyodrębniono kilka funkcji komunikacji niewerbalnej. Główną jest komunikowanie emocji i postaw wobec pacjenta. Część sygnałów, które wzmagają silne reakcje emocjonalne, jest uwarunkowana biologicznie. W literaturze powszechne jest twierdzenie, że cyt.: „Do uzgadniania postaw interpersonalnych służy komunikacja niewerbalna – do przenoszenia informacji, kanał werbalny”. Wspomaganie komunikacji językowej, to następna funkcja komunikacji niewerbalnej. Gesty, elementy paralingwistyczne, czy mimika, wzbogacają znaczenie wypowiedzi słownej. Warto zaznaczyć, że nie zawsze określają one zgodność z danym



komunikatem. Ostatnia funkcja komunikacji niewerbalnej oznacza zastępowanie mowy. Zachodzi w sytuacji, gdy występują liczne czynniki zakłócające przekaz werbalny, bądź jeden czynnik jest nadmiernie intensywny, np. hałas, nadmierna odległość. Zastępowanie mowy jest stosowane przeważnie tam, gdzie utrudniony jest kontakt słowny. Występuje mniej lub bardziej rozbudowany system gestów, który wyręcza rozmowę^[10]. Komunikowanie pozawerbalne odzwierciedla postawy, oczekiwania i uczucia. Albert Mehrabian, jeden z pierwszych badaczy mowy ciała odkrył, że gestykulacją i mimiką twarzy, uzyskuje się efekt przekazu w 55%. Według niego, treści przekazuje się sygnałem głosu w 38%, a słowami, zaledwie w 7%. Stwierdził on, że komunikacja odbywa się w 93% bez użycia słów.

W komunikacji pozawerbalnej wyróżnia się dziesięć sygnałów pozasłownych:

1. Wygląd.

Jest wizytówką człowieka. To komunikat możliwy do zakodowania przy pomocy wzroku, poprzez, np. styl ubierania się, makijaż, fryzurę, ubranie, a także poprzez wagę i wzrost. Czynniki poddające się kontroli, wpływają na wizerunek zawodowy, a także świadczą o instytucji, którą się reprezentuje. Staranny wygląd pielęgniarki, może być dla pacjenta sygnałem gwarantującym rzetelność i dokładność opieki, co z pewnością będzie budziło zaufanie. Pielęgniarka o niedbałym wyglądzie (nieumyte włosy, niestaranna fryzura, zmęczony wyraz twarzy), bardziej wzbudza niechęć, a nawet może stać się obiektem agresji ze strony pacjenta.

2. Gestykulacja.

Jest uzupełnieniem komunikacji werbalnej. Połączona jest z mówieniem, czyli ruchami głowy, rąk, nóg, stóp, palców. Gesty szybkie i tzw. duże, mogą świadczyć o pobudzeniu emocjonalnym, natomiast małe i wolne, o spokoju rozmówcy. Do gestów mających przejęte znaczenie, ale interpretacja ich jest jednoznaczna, zalicza się: potakiwanie, kręcenie głową, klaskanie, czy pocieranie rąk.

3. Mimika.

Są to ruchy mięśni mimicznych twarzy. Jest ona odzwierciedleniem stanów emocjonalnych, np. wrogości, sympatii. Wiarygodną wskazówką są oczy. Człowiek

podświadomie zdaje sobie sprawę, że oczy najczęściej zdradzają jego intencję, np. gdy kłamię, unika kontaktu wzrokowego. Uniesione do góry brwi oraz opuszczone kąski ust, mogą być cenną wskazówką diagnostyczną i świadczyć, np. o depresji. Grymas płaczu może być wynikiem rozpacz, ale też szczęścia. Uśmiech na twarzy może być szyderczy, bądź może być wyrazem sympatii do kogoś. Ludzie często uśmiechem próbują ukryć zakłopotanie, a pacjenci ból fizyczny i emocjonalny. Obserwowanie i interpretowanie mimiki mogą być łudzące, dlatego nie pozna się uczuć pacjenta, nie pytając go o nie.

4. Dźwięki paralingwistyczne.

Są to niewerbalne komunikaty, odgłosy, które nie tworzą słów. Zaliczyć można do nich śmiech, świsty, westchnienia, sapanie, płacz. Dźwięki te mogą być wykorzystane do potwierdzenia pozostania w kontakcie z rozmówcą lub mogą być objawem jakiejś choroby, np. świst podczas wydychania powietrza, może sygnalizować napad duszności astmatycznej.

5. Spojrzenie.

Obejmuje relacje międzyludzkie, ich siłę i bliskość. Rola pielęgniarki, w dużej mierze oparta jest na sposobie nawiązywania, podtrzymywania (lub nie) i zamykania kontaktu wzrokowego z innym człowiekiem (pacjentem). Istotne jest, aby kontakt wzrokowy pielęgniarki odbierany był przez pacjenta jako łagodne spojrzenie, które daje mu poczucie bezpieczeństwa, pewności i zaufania do niej.

6. Wokaliza.

To przede wszystkim intonacja, barwa głosu, akcentowanie, szybkość mówienia, wysokość i tonu głosu. Niektóre cechy pozwalają określić stan emocjonalny, wykształcenie lub pochodzenie rozmówcy. Umiejętność posługiwania się tymi sygnałami, umożliwia kontakt z niektórymi pacjentami. Do osoby niedosłyszącej należy mówić głośno.

7. Pozycja ciała.

Jest istotnym elementem komunikacji niewerbalnej. Od niej zależy poziom rozluźnienia lub zamknięcia mięśni szkieletowych i od niej, w dużej mierze, będzie zależało jak odbierane będą informacje. Każdy wykonany ruch, gest wpływa na całość komunikatu. Pielęgniarka powinna stosować postawę otwartości. Splątane ręce, trzymane na wysokości klatki piersiowej, są wyrazem postawy zamkniętej. Pacjent okazuje wówczas niepewność, a komunikacja między rozmówcami będzie mierna. Pochylona postawa pielęgniarki w stronę pacjenta, komunikuje o zaangażowaniu jego osobą i zachęca go do rozmowy. Skulona postawa pacjenta może oznaczać ból wokolicy brzucha lub poczucie zagrożenia. Osłonięta rękami głowa, może komunikować silny lęk. Przebieg informacji w relacji z pacjentem może usprawnić świadome i celowe użycie niektórych sygnałów niewerbalnych. Do nich należy synchronizacja niewerbalna, czyli zdolność dostosowania zachowań pielęgniarki do zachowań pacjenta. Nie jest to naśladowanie ruchów, tonu głosu rozmówcy, lecz odzwierciedlenie rytmu życia pacjenta. Synchronizacja prosta mówi o odzwierciedleniu postawy ciała i drobnych gestów. Oznacza to, że jeśli pacjent

w pozycji siedzącej, łożył lewą nogę na nogę prawą, to pielęgniarka w pozycji siedzącej zakłada wówczas prawą nogę na lewą. Dostrojenie barwy i tempa mowy, dostrzega się podczas rozmowy telefonicznej z pacjentem o wyraźnie odmiennej barwie i tonacji głosu od pielęgniarki. Przy wykorzystaniu synchronizacji niewerbalnej, daje się pacjentowi możliwość postrzegania pielęgniarki, jako osoby kompetentnej, desynchronizacja to zachowania pielęgniarki, nieodzwierciedlające zachowań pacjenta. Świadome użycie desynchronizacji, może być zapowiedzią zakończenia rozmowy, może uniemożliwić nawiązanie dobrej rozmowy z pacjentem.

8. Organizacja środowiska.

W jej zakres wchodzi takie elementy, jak: wnętrze pokoju, przestrzeń. Mogą wpływać modelująco na kontakt między rozmówcami. Ingerencja innych osób w ustalony porządek, może być postrzegana przez pacjenta jako wyraz braku szacunku, zwiększać jego poczucie zagrożenia i powodować uczucie kontroli nad sobą. Komunikaty estetyczne, i użytkowe przyczyniają się do korzystnego przekazu informacji.

9. Kontakt fizyczny i dotyk.

Są to znaczące elementy komunikowania się. Dotyk jest pierwotną formą kontaktu międzyludzkiego. Służy do wymiany uścisków przy powitaniu, do wykonywania czynności pielęgnacyjnych. Przykładem relacji pielęgnacyjnej jest matka-dziecko. Pielęgniarka natomiast, towarzysząc osobie cierpiącej, często trzyma ją za rękę. Dotyk powinien być delikatny i stanowczy.

10. Dystans fizyczny i przestrzeń.

Jest to odległość między rozmówcami. Każdy człowiek posiada przestrzeń wokół siebie, w której dobrze się czuje. W relacjach międzyludzkich, ludzie zachowują różne odległości między sobą. Jest to tzw. dystans fizyczny, czyli odległość do rozmówcy. W zależności od stopnia znajomości uczestników i warunków zewnętrznych, może on być większy lub mniejszy. Między rozmówcami, przestrzeń podzielono na cztery strefy, które przedstawiono w przedziałach:

a) Strefa oficjalna – to przestrzeń, która zmierza w stronę podmiotu na odległość 360cm. W strefie tej, tematy rozmów mają charakter sformalizowany i nawiązują do ogólnych zagadnień. Poziom porozumienia w tej strefie jest niski. Relacje pielęgniarki z pacjentem rozpoczynają się w tej przestrzeni, ale się nie rozgrywają. Poprzez wymianę uśmiechów, pozdrowień i nawiązanie kontaktu wzrokowego, następuje proces skracania dystansu oraz początek budowania relacji z pacjentem.

b) Strefa dystansu socjalnego – w tej strefie pielęgniarka

podchodzi bliżej do pacjenta 360-120cm. Spotkanie z pacjentem ma jeszcze charakter formalny. Jest przestrzenią, gdzie rozmowy prowadzone są bezpiecznie i dotyczą informacji w rodzaju poleceń. Tematy rozmów w tej przestrzeni mogą przebiegać towarzystwie osób trzecich.

c) Przestrzeń osobista – 120-60cm. W tej przestrzeni odbywają się rozmowy bardziej osobiste, między członkami rodziny, osobami bliskimi, których darzymy zaufaniem. Tematyka rozmów dotyczy postaw, emocji i uczuć.

d) Strefa osobista 60cm – przestrzeń ta zaczyna się na powierzchni ciała, a kończy na odległość wyciągniętego ramienia. Warunkiem dopuszczenia kogoś do tej strefy jest głębokie zaufanie. Na taki kontakt przyzwolenie mają najbliżsi. Osoby przebywające w tej strefie kontaktują się ze sobą ścisłym głosem.

Komunikacja między personelem medycznym a pacjentem, oparta jest na interakcji osób, które znajdują się na wszelakich pozycjach. Potrzebuje ścisłej współpracy. Spotkanie pacjenta z lekarzem, pielęgniarką wiąże się z zobawami, lękiem i koniecznością zaadoptowania się w nowych okolicznościach. Lekarz współpracuje z pacjentem w podejmowaniu działań terapeutycznych. Idealny model komunikacji zakłada, że lekarz, czy pielęgniarka, podchodzą do chorego indywidualnie, dostosowując się do jego potrzeb. Rozmowa przebiega w przyjacielskim otoczeniu. W wyniku przemian we współczesnej medycynie, a także wzrostu liczby ludzi chorych przewlekle i nieuleczalnie, nastąpiły zmiany w relacjach lekarz-pacjent, pielęgniarka-pacjent.

Rolą pielęgniarki jest czuwanie, aby komunikaty przekazywane pacjentom były jasne i rzetelne. Pacjenci i ich rodziny oczekują od pielęgniarki rozwiązywania problemów związanych z chorobą. Rodzina jest najważniejszym systemem wspierającym pacjenta w chorobie. Ma duże możliwości łagodzenia cierpień, poprawy jakości życia chorego. Znajomość relacji rodzinnych jest pomocna w ustaleniu zakresu pomocy i wsparcia. Wspólnie z pacjentem, pielęgniarka rozpoznaje hierarchie osób, które odgrywają znaczące dla niego role i dla jego obecnej sytuacji. Przygotowuje i angażuje ich do podjęcia pomocy w motywowaniu pacjenta do walki z chorobą i osiągnięcia samodzielności.

Życie każdego człowieka znaczy więcej, niż tylko zaspakajanie potrzeb. Nieuchronna śmierć wpływa znacząco na rozwój duchowy. Pacjenci pogodzeni ze swoim losem, analizują realia życia, doprowadzając do pogodzenia się z kimś, do pojednania z Bogiem. Działania te ograniczają się do duchowego przeżywania mijającego czasu. Duchowość w opiece paliatywnej oraz dobra komunikacja z pielęgniarką, zaufanie do niej powodują, że pacjenci sami dla siebie wybierają możliwości leczenia, przeciwstawiają się śmierci, co przekłada się na sposób jego radzenia sobie w kolejnych etapach choroby.

cdn.

AUTOR: Ewa Wąsek
BIBLIOGRAFIA W OIPIP



Z okazji zbliżających się Świąt Wielkanocnych, życzymy wszystkim Pielęgniarkom, Pielęgniarzom, Położnym oraz ich najbliższym zdrowych, pogodnych, przepełnionych wiarą, nadzieją i miłością Świąt Wielkiej Nocy. Niech ten wyjątkowy czas Zmartwychwstania Pańskiego napełni Was radością i sprawi, że uśmiech i optymizm będą towarzyszyły Wam każdego dnia. Przede wszystkim życzymy spokojnych dyżurów, pogodnych Świąt, serdecznych spotkań rodzinnych oraz tradycyjnie Smacznego Jajka i Mokrego Dyngusu.

Święta Wielkanocne to czas odrodzenia, niech stanie się on źródłem siły oraz pozytywnych zmian w Nas samych i otaczającej nas rzeczywistości.

*W imieniu Członków ORPiP oraz Pracowników Biura OIPiP
życzy
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie
Barbara Płaza*



dr n. med. Ewa Czezelewska

Patrząc przez pryzmat praw pacjenta, pojęcie bezpieczeństwa pacjenta należy wiązać z procesami zachodzącymi w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych oraz przestrzeganiem praw pacjenta podczas ich udzielania.

Zasadniczy wpływ na ten proces mają zasoby kadrowe podmiotu leczniczego, jego wyposażenie, organizacja pracy oraz sytuacja finansowa i jakość udzielania świadczeń. Rzecznik Praw Pacjenta ogłosił rok 2021 Rokiem Bezpieczeństwa Pacjenta. Warto podkreślić, iż podczas 72. walnego zgromadzenia Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w 2019 r., zgodnie z uchwałą WHA72,6 Zgromadzenia Ogólnego WHO, dotyczącą Globalnego Działania na Rzecz Bezpieczeństwa Pacjenta, ustalono, że 17 września będzie Światowym Dniem Bezpieczeństwa Pacjenta – World Patient Safety Day. Celem obchodów Światowego Dnia Bezpieczeństwa Pacjenta jest podkreślenie światowej solidarności dotyczącej poprawy bezpieczeństwa opieki zdrowotnej w systemach ochrony zdrowia krajów członkowskich WHO.

Wymiary bezpieczeństwa pacjenta

Bezpieczeństwo pacjenta stanowi bezsprzecznie istotny aspekt w kontekście podnoszenia jakości w całym systemie ochrony zdrowia, szczególnie w obszarze szpitalnictwa, gdzie skutki niepożądanych zdarzeń z dużym prawdopodobieństwem są większym zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjenta niż w opiece ambulatoryjnej.

Poprawa bezpieczeństwa pacjenta musi mieć charakter kompleksowy. W tym celu powinna obejmować dwa wymiary bezpieczeństwa – techniczny i funkcjonalny. Wymiar techniczny rozumiany jako profesjonalizm działania dotyczy takich składowych bezpieczeństwa, jak np.: kwalifikacje formalne, umiejętności praktyczne,

doświadczenie pracowników medycznych, liczba personelu medycznego dostosowana do stanu zdrowia i liczby pacjentów, warunki sanitarno-higieniczne pomieszczeń, w których przebywają pacjenci, warunki przechowywania leków, stan techniczny aparatury i sprzętu medycznego. Zapewnienie bezpieczeństwa w tym wymiarze nie gwarantuje jednak, że pacjent nie dozna szkody.

Równie ważne jest zapewnienie bezpieczeństwa w wymiarze funkcjonalnym, który jest rozumiany jako profesjonalizm relacji. Wymiar ten dotyczy szeroko rozumianej komunikacji z pacjentem i może obejmować takie składowe, jak: zrozumiałe przekazywanie informacji, okazywanie empatii i zrozumienia, poświęcenie pacjentowi czasu i uwagi lub też pytanie o jego potrzeby. Uwzględnienie tych dwóch wymiarów w zarządzaniu ryzykiem zdarzeń niepożądanych daje podstawy do osiągnięcia znaczącej poprawy w tym szczególnym przypadku jakości, jakim jest bezpieczeństwo pacjenta.

Wpływ racjonowania opieki na bezpieczeństwo pacjenta

Istnieją dowody, że nie wszystkie elementy opieki są pomijane z taką samą częstotliwością lub w tym samym zakresie np. zapewnienie leczenia i interwencje medyczne są pomijane rzadziej niż zapewnienie świadczeń opieki pielęgniarskiej (np. kąpeli, pielęgnacji jamy ustnej). Do niedawna literatura przedmiotu na temat jakości opieki i bezpieczeństwa pacjenta koncentrowała się głównie na błędach związanych z niewłaściwym leczeniem.

Nie do końca zwracano uwagę na zaniedbania w dostarczaniu opieki pielęgniarskiej w nieodpowiednim



czasie takie, jak nieterminowe zmiany pozycji ciała pacjenta, błędy w wykonywaniu zleceń w zakresie farmakoterapii i inne.

Racjonowanie opieki pielęgniarskiej a bezpieczeństwo pacjenta

Opieka pielęgniarska ma znaczący wpływ na bezpieczeństwo pacjenta, bezpośrednio przekładając się na wyniki leczenia, jak również na satysfakcję pacjenta ze świadczonych usług oraz zadowolenie personelu pielęgniarskiego ze stopnia realizacji tych usług. Racjonowanie opieki pielęgniarskiej polega na wstrzymaniu lub nieprzeprowadzeniu wszystkich niezbędnych zabiegów pielęgniarskich w obliczu niewystarczającej ilości czasu, personelu lub braku umiejętności. Praktyka pielęgniarska obejmuje szeroki zakres codziennych czynności wykonywanych w trakcie dyżuru. Gdy zasoby kadrowe są ograniczone, pielęgniarki są zmuszone do racjonowania swojej uwagi wobec pacjentów, wykorzystując własny osąd kliniczny do nadania priorytetu swoim czynnościom i interwencjom.

Racjonowanie opieki pielęgniarskiej zdarza się, gdy obsady pielęgniarskie są niewystarczające, by zapewnić wszystkim pacjentom niezbędną opiekę zgodnie z założonymi wcześniej standardami. Na oddziałach z niedoborem personelu, pielęgniarki są prawdopodobnie zmuszone do minimalizowania lub pomijania pewnych zadań, zwiększając tym samym ryzyko wystąpienia negatywnych skutków dla pacjenta. Badania naukowe coraz częściej potwierdzają, że niewystarczające obsady kadrowe wpływają negatywnie na wyniki leczenia i opieki nad pacjentami.

Międzynarodowe badania wykazały istotny związek pogorszenia jakości usług zdrowotnych ze zmniejszoną liczbą pielęgniarek w szpitalu. Różny poziom ich kompetencji i umiejętności powoduje zwiększoną liczbę zdarzeń niepożądanych (takich jak błędy w stosowaniu leków, upadki, zakażenia szpitalne, odleżyny, wyższy wskaźnik śmiertelności). Co więcej, braki kadrowe pielęgniarek prowadzą do niezadowolenia z pracy, wypalenia zawodowego oraz urazów związanych z pracą i częstej rotacji personelu na oddziale. Zasoby rzeczowe a wpływ na racjonowanie opieki pielęgniarskiej Ograniczone zasoby (finansowe, rzeczowe i ludzkie) oraz nieograniczone potrzeby (popyt na usługi przewyższające podaż zasobów zdrowotnych) mogą potęgować racjonowanie opieki pielęgniarskiej. Na całym świecie grupy zarządcze zgadzają się na działanie szpitali z brakami personelu pielęgniarskiego.

Opieka pielęgniarska jest wieloetapowa i zależy od wielu zmiennych związanych m.in. z pacjentem, sposobem zarządzania i podejmowania decyzji, jakością współpracy interdyscyplinarnej oraz dostępnością do zasobów ludzkich i rzeczowych. Wyposażenie przez menedżerów szpitali stanowisk pielęgniarskich, lekarskich i administracyjnych w sprzęt służący ochronie pracy, ergonomiczny, pozwalają na wykonywanie obowiązków służbowych w sposób nieobciążający układu ruchu pracownika, a także bezpieczny dla pacjenta. Dostawcy oferują wiele



pomocnych urządzeń technicznych. Przykładem może być system przenoszenia obłożnie chorych pacjentów z łóżka na łóżko z wykorzystaniem poduszki powietrznej. Pielęgniarka może go obsługiwać z użyciem niewielkiej siły.

Niestety w wielu szpitalach wyposażenie w sprzęt ułatwiający wykonywanie czynności związanych z podnoszeniem i przenoszeniem pacjentów jest niedostateczne. Brak lub niewielką liczbę sprzętów ułatwiających podnoszenie pacjenta do pozycji pionowej i jego przemieszczanie (podnośników, stabilizatorów) stwierdzono w 60% szpitali, a do przemieszczania pacjenta w pozycji leżącej (mat poślizgowych, rolek) w co trzecim szpitalu. Szczególnie brakuje wózków-wanien do mycia pacjentów (81% szpitali).

W wielu przypadkach sprzęt ułatwiający dźwiganie i transportowanie chorych stoi beczynnie w szpitalnych magazynach, ponieważ obiekty nie są dostosowane do jego użytkowania (np. podnośniki hydrauliczne nie mieszczą się w drzwiach, brakuje miejsca na rozłożenie urządzenia w sali chorych) albo pracownicy nie zostali odpowiednio przeszkoleni. Pielęgniarki nie noszą również w pracy odpowiedniego obuwia, które chroni kręgosłup i stabilizuje staw skokowy, co często prowadzi do urazów, a w dłuższej perspektywie do dolegliwości bólowych.

Źródło: magazyn "Analiza Przypadków. Pielęgniarstwo i Położnictwo 3/2021

PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ

Sekundyratują życie – umyjące

Pandemia COVID-19 uwydatniła znaczenie higieny rąk dla każdego, prostego działania, które może ograniczyć rozprzestrzenianie się infekcji. Z okazji Światowego Dnia Higieny Rąk 2021 WHO / Europa WHO wezwało więc decydentów, kierowników szpitali i pracowników służby zdrowia, aby umożliwili i przyjęli skuteczną higienę rąk w miejscu opieki. W Europejskim Regionie WHO każdego dnia około 80000, czyli około 1 na 18 pacjentów ma co najmniej 1 infekcję związaną z opieką zdrowotną w szpitalu.

mgr pielęgniarstwa Tomasz Zdanowicz

SPSK Nr 4 w Lublinie

Statystyki mówią, że zasad higieny rąk przestrzega od kilku do prawie stu procent personelu medycznego, najczęściej jednak eksperci wskazują, że w 30–60% przypadków zasady te są ignorowane. Powody, dla których tak się dzieje, są różne. Niektórzy pracownicy szpitali uważają, że zasady są zbędne, innym brakuje wzorców w otoczeniu. Czasem przyczyną jest niewiedza lub przekonanie, że rękawiczki zastępują dezynfekcję i mycie rąk. Są też powody organizacyjne, np. brak czasu czy braki materiałowe. Czasem nawet w obrębie jednego szpitala widać znaczące różnice w dezynfekcji rąk. Jak pokazują polskie opracowania, na niektórych oddziałach liczba dezynfekcji rąk w ciągu doby w przeliczeniu na jednego pacjenta wynosi 2 lub mniej, podczas gdy na innych liczba ta sięga 80. Oczywiście jest to, że wiele zależy od stanu chorych i liczby procedur, jakie są wykonywane, dlatego oddziały sprawujące intensywną opiekę będą miały wyższe wskaźniki dezynfekcji. Jednak liczba 2 oznacza, że do każdego pacjenta pracownik szpitala podszedł tylko raz, przy założeniu, że zdezynfekował ręce przed podejściem do chorego i po odejściu od jego łóżka. Być może są i tacy pacjenci na oddziałach, jednak na pewno nie stanowią oni większości, a liczba ta pokazuje, że do higieny rąk przywiązywana jest bardzo mała waga.

Dlaczego higiena rąk jest tak ważna?

Prawidłowa higiena rąk to skuteczna i najtańsza metoda walki z zakażeniami szpitalnymi. Ręce to bardzo aktywna i bezpośrednia droga przenoszenia patogenów ze źródła/rezerwuaru na osobnika wrażliwego. Bakterie bytują nie tylko w ranach, ale i na obszarach normalnej, nienaruszonej skóry pacjenta. Pamiętajmy, że skóra ma tendencje do ciągłego złuszczenia się, dlatego nie tylko pacjent, ale i jego najbliższe otoczenie zostaje skażone jego florą bakteryjną. Kontakt z pacjentem i jego otoczeniem powoduje zatem przedostanie się drobnoustrojów na ręce personelu. Jeśli zabraknie dezynfekcji rąk, pozostają one skażone i przenoszą mikroorganizmy na innego pacjenta lub przedmiot, z którym ma on kontakt. W tym momencie również warto spojrzeć na liczby, które pomogą nam uzmysłwić sobie znaczenie prawidłowej higieny rąk dla bezpieczeństwa pacjentów. W jednym z badań oceniających wpływ promocji higieny rąk na zakażenia związane z opieką zdrowotną Rosentah ze swoim zespołem wykazał, że wzrost

przestrzegania zaleceń z 23,1% do 64,5% przyczynił się do zmniejszenia współczynnika zakażeń szpitalnych z 47,5 do 27,9 (liczba zakażeń na 1000 pacjentodni).

Ekspersi Światowej Organizacji Zdrowia określili 5 kluczowych momentów higieny rąk, które odnoszą się do działań o największym ryzyku zakażenia pacjenta:

* Pierwszym z nich jest dezynfekcja rąk przed każdym kontaktem z pacjentem, co pozwala chronić go przed drobnoustrojami przenoszonymi na rękach personelu.

* Kolejny moment dezynfekcji powinien mieć miejsce przed procedurą czystą/aseptyczną, nawet jeśli jest ona wykonywana u tego samego pacjenta – pozwoli to uniknąć przeniesienia bakterii chorobotwórczych z ich naturalnego środowiska bytowania do części ciała, w której nie występują one naturalnie. Niestety, nie dla każdego jest to oczywiste, bowiem znajdują się osoby twierdzące, że to przecież własna flora pacjenta. Warto wtedy zastanowić się, czy ktoś z nas chciałby, aby najpierw wykonano mu toaletę pośladków, a następnie w tych samych rękawiczkach odsysano wydzielinę z jamy ustnej czy gardła. Ten przykład może nie jest zbyt apetyczny, ale dobrze przemawia do wyobraźni.

* Następnym moment to dezynfekcja po kontakcie z płynami ustrojowymi, co pozwala chronić siebie i otoczenie.

* Taki sam cel przyświeca kolejnemu momentowi, jakim jest dezynfekcja po kontakcie z pacjentem.

* Ostatni punkt, to dezynfekcja rąk po dotknięciu jakiegokolwiek przedmiotu z otoczenia pacjenta, kiedy planowane jest opuszczenie jego otoczenia (wyjście z sali, odejście od łóżka).

Jeżeli podczas procedury korzystano z rękawic, ręce dezynfekuje się zawsze zaraz po ich zdjęciu. Mycie rąk jest wskazane tylko w przypadku widocznego zabrudzenia, poplamienia krwią lub innymi płynami ustrojowymi, a także po skorzystaniu toalety. W przypadku opieki nad pacjentem podejrzanym o zakażenie organizmami wytwarzającymi formy przetrwalnikujące, np. *Clostridium difficile*, preferowane jest mycie rąk wodą z mydłem. W takich przypadkach warto skonsultować się ze specjalistą ds. epidemiologii/pielęgniarką epidemiologiczną, która powinna wyjaśnić zasady higieny rąk w sytuacji specjalnej. Przed przygotowaniem i podaniem leków lub żywności dezynfekujemy ręce lub myjemy je mydłem z wodą.

Ważne procedury i schematy

Schemat prawidłowej techniki dezynfekcji rąk zalecany przez WHO znany jest jako schemat Ayliffe'a. Powinniśmy



znaleźć go w każdym szpitalu przy umywalce z preparatem do dezynfekcji. Należy pamiętać, że tylko odpowiednia ilość środka do dezynfekcji zapewni skuteczne wykonanie procedury, a ponieważ ciężko jest określić objętość płynu w mililitrach, układamy rękę w kształt łódki i wypełniamy ją preparatem do dezynfekcji. Pobranie odpowiedniej ilości płynu powinno zapewnić jego pozostawanie na rękach przez całą procedurę dezynfekcji, a więc 20–30 sekund. Jeżeli zachodzi konieczność umycia rąk, powinno się poczekać na całkowite wyschnięcie środka do dezynfekcji. Ręce myjemy w ciepłej, ale nie gorącej wodzie. Preparat do mycia наносimy na mokre ręce, co ułatwia jego rozprowadzenie, a także zmniejsza ryzyko podrażnienia skóry. Po wykonaniu wszystkich etapów mycia ręce dokładnie spłukujemy i zakręcamy kran, używając ręcznika. Ręce osuszamy jednorazowym ręcznikiem, przykładając go do skóry zamiast pocierania.

Oprócz mycia rąk i dezynfekcji, stosuje się także chirurgiczne przygotowanie rąk. Powinno ono poprzedzać każde założenie rękawiczek sterylnych. Chirurgiczne przygotowanie rąk może odbywać się poprzez chirurgiczne mycie rąk i/lub chirurgiczną dezynfekcję rąk metodą wcierania. Wykonanie obu czynności zaleca się przed zabiegami chirurgicznymi. Procedurę zaczynamy od zdjęcia pierścionków, obrączki, zegarka i innej biżuterii (nie wolno nosić sztucznych paznokci!). Następnie myjemy ręce wodą z mydłem oraz usuwamy bród spod paznokci pod bieżącą wodą przy pomocy przyrządu do czyszczenia paznokci. WHO nie zaleca stosowania szczotek do chirurgicznego przygotowania rąk. Kolejnym krokiem jest odkażenie chirurgiczne rąk przy pomocy mydła antybakteryjnego. Używając go, myjemy ręce i przedramiona przez okres czasu zalecany przez producenta, zwykle 2–5 minut. Ręce spłukujemy w kierunku od palców do łokci. Osuszamy je przy pomocy jałowego ręcznika lub ręcznikami papierowymi, jeśli kolejnym etapem będzie chirurgiczna dezynfekcja rąk metodą wcierania. Stosując preparat antyseptyczny na bazie alkoholu, przestrzegamy okresu czasu stosowania ściśle określonego przez producenta. Musimy tutaj pamiętać, że podczas odkażania rąk należy nanieść tyle preparatu na ręce i przedramiona, aby skóra pozostawała cały czas wilgotna. Przed założeniem jałowych rękawic należy odczekać do całkowitego wyschnięcia rąk. Zarówno podczas mycia chirurgicznego i dezynfekcji rąk metodą wcierania postępujemy zgodnie ze schematem Ayliffe'a, powtarzając całą procedurę dwukrotnie.

Higiena rąk to nie tylko mycie i dezynfekcja!

Ważnym jej elementem jest właściwa pielęgnacja dłoni. Skórę powinno chronić się przed uszkodzeniami. Istotne jest używanie kremów i emulsji natłuszczających skórę rąk (niezależnie od płci!). Nie jest zalecane wycinanie skórek, gdyż mogą powstawać uszkodzenia skóry sprzyjające kolonizacji drobnoustrojami, w tym również chorobotwórczymi. Do uszkodzeń skóry może dochodzić także, kiedy niedokładnie spłuczemy ręce po myciu.

Wiele kontrowersji budzi związek prawidłowej higieny rąk z pielęgnacją paznokci oraz noszeniem na palcach biżuterii.



Niestety, w czasie pracy pierścionki i obrączki powinny być zdjęte, gdyż stanowią miejsce rozwoju bakterii poprzez utrudniony dostęp środków dezynfekujących i zatrzymanie wilgoci pod nimi. Nie wskazane jest także noszenie bransoletek i zegarków oraz odzieży z długim rękawem, gdyż utrudnia to mycie i dezynfekcję nadgarstków oraz stanowi poważny problem w przypadku zachlapania tych elementów płynami ustrojowymi. Mając bezpośredni kontakt z pacjentem, nie powinno się także nosić sztucznych i lakierowanych paznokci, chociaż to codzienny widok na większości oddziałów szpitalnych. Paznokcie powinny mieć maksymalną długość 5 mm wolnej płytki. Długie, zwłaszcza sztuczne paznokcie utrudniają skuteczną dezynfekcję rąk, a także wpływają na zwiększenie liczby bakterii kolonizujących. W przeszłości odnotowano ogniska zakażeń związane z długimi lub sztucznymi paznokciami skórę.

Czy wiesz, że...

- Najczęściej pomijane miejsca podczas dezynfekcji dłoni to końce palców od strony grzbietowej, okolice okołopaznokciowe, nasada kciuka i zewnętrzny brzeg dłoni.
- Porcja preparatu dezynfekującego powinna wypełniać zagłębienie dłoni.
- Mycie rąk jest metodą mało skuteczną wobec większości drobnoustrojów – na skórze dłoni nadal pozostaje duża liczba bakterii należących do flory stałej naszej skóry. Po ich myciu powinna nastąpić ich dezynfekcja.
- Czas przeżycia drobnoustrojów na rękach personelu po kontakcie z pacjentem i/lub jego skażonym otoczeniem jest zróżnicowany i waha się od 2 do 60 minut.
- Należy zawsze przeprowadzić procedurę higieny rąk po zdjęciu rękawiczek (mogą być uszkodzone, wówczas dojdzie do skażenia przy ich zdejmowaniu).
- Częstym błędem w zakresie higieny rąk jest przemieszczanie się personelu medycznego i pomocniczego po korytarzach, salach w rękawiczkach jednorazowych – tych samych przez dłuższy czas.

Dezynfekcja w miejscu pracy. Fakty i mity

Po wielu miesiącach pandemii zadajemy sobie pytanie – czy obowiązujące procedury wystarczająco nas chronią oraz czy wykonujemy je prawidłowo?

Pielęgniarki i położne to grupy zawodowe najbardziej narażonych na konsekwencje częstej dezynfekcji rąk. Według ankiety przeprowadzonej przez NAOS aż 97% ankietowanych pielęgniarek i położnych odczuwa negatywne skutki dezynfekcji. Ponad połowa pielęgniarek i położnych dezynfekuje ręce ponad 16 razy podczas dyżuru w pracy.

FAKT: Stosowanie się do obowiązujących procedur to podstawa ochrony zdrowia i życia

– Wszelkie wytyczne postępowania dla Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS) dla lekarzy, pielęgniarek i położnych są kwestią, która nie podlega dyskusji. Między innymi musimy myć i dezynfekować ręce, zakładać rękawiczki oraz stosować się do panujących zasad w miejscu pracy. Stosujemy nowoczesne i sprawdzone rozwiązania, które zapobiegają szerzeniu się patogenów oraz wzmacniają barierę ochronną naszej skóry – wyjaśnia dr n. med. Malwina Zasada-Kisiel, Scientific&Training Manager NAOS.

MIT: Dezynfekcja zawsze niszczy skórę

Według przeprowadzonego w tym roku badania NAOS, najczęstszymi objawami skóry zniszczonej dezynfekcją są: przesuszona skóra (54%), podrażnienia (17%), swędzenie (17%) oraz pęknięcia (17%).

– Nie każdy preparat do dezynfekcji działa drażniąco, jednakże w przypadku częstego stosowania środków na bazie alkoholu może dojść do podrażnień oraz uszkodzeń skóry, które z kolei mogą stanowić przeszkodę w wykonywaniu codziennych obowiązków. Na rynku pojawia się coraz więcej innowacyjnych rozwiązań, które pomagają utrzymać prawidłową higienę, zapewniając bezpieczeństwo i mają przy tym wysoką jakość. Najbardziej obiecujący w badaniach wydaje się być powstały w tym roku preparat Biphase Lipo alcoolique. Dzięki nowym, przebadanym rozwiązaniom, nawet bardzo częste korzystanie z tego preparatu nie osłabia naturalnej bariery skórnej, ale dogłębnie ją regeneruje. Preparat działa skutecznie i szybko – eliminuje 99,9% wirusów, bakterii i drożdży, już w 30 sekund od aplikacji. Nie pozostawia uciążliwego zapachu i nie nawarstwia się na skórze, jak to się dzieje np. w przypadku tłustych kremów nawilżających.

MIT: Osoby z wrażliwą skórą rąk powinny unikać dezynfekcji. Ponad 99% ankietowanych pielęgniarek i położnych (październik 2021) jest zdania, że edukacja społeczeństwa w zakresie dezynfekcji i mycia rąk jest nadal potrzebna. Osoby z osłabioną skórą lub alergiami skórnymi mogą obawiać się wzmożonych problemów skórnych. Czy słusznie?

- Wiele środków biobójczych, poza drażniącym alkoholem etylowym, który jest integralną częścią preparatu do dezynfekcji, nie zawiera w składzie składników pielęgnujących. W takim przypadku, przy nasilonym stosowaniu produktów do dezynfekcji, jak również mydła, może dojść do znacznego pogorszenia stanu skóry. Pojawia się suchość, podrażnienie, pieczenie oraz obrzęk, objawom tym może towarzyszyć również świąd. Dostępne są już produkty o potwierdzonej skuteczności biobójczej, które rozwiązują problem dezynfekcji niszczącej skórę. Dzięki wspomnianemu Biphase Lipo alcoolique nie musimy obawiać się dezynfekcji w ciągu dyżuru. To nowy rodzaj produktu, który pozwala na innowacyjne podejście do dezynfekcji. – mówi ekspertka.

Powołując się na alarmujące dane, firma NAOS postanowiła nie tylko zbadać problem, ale także edukować na temat

negatywnych aspektów dezynfekcji w środowisku pielęgniarek oraz położnych, a także ukazać najnowsze i innowacyjne rozwiązania w temacie dezynfekcji skóry.

Akcja „To mnie dotyka” stawia na jasną komunikację problemu związanego z bolesnymi skutkami dezynfekcji rąk.

Marka NAOS nie tylko definiuje problemy, ale też odpowiada na nie realnymi rozwiązaniami. Eksperci dziedziny dermatologii i biologii, biorąc pod uwagę zmieniające się zasady higieniczne opracowali produkt, który może sprostać wymogom pandemicznym. Biphase Lipo alcoolique to odpowiedź laboratoriów badawczych na problem suchej, podrażnionej skóry. Dzięki ekobiologicznemu podejściu, nawet bardzo częste korzystanie z Biphase Lipo alcoolique nie osłabia naturalnej bariery skórnej, ale ją pielęgnuje. Preparat eliminuje 99,9% wirusów, bakterii i drożdży, już w 30 sekund od aplikacji. Nie zostawia uciążliwego zapachu i nie nawarstwia się skórze.

Marka NAOS realnie wspiera także badania i pracę specjalistów nad naukowymi rozwiązaniami na rzecz zdrowia publicznego. 100% zysku ze sprzedaży Biphase Lipo alcoolique jest przekazywany organizacjom pozarządowym i fundacjom działającym na rzecz zapobiegania epidemiom.

OIPiP – Przyjacielem dziecka z niepełnosprawnością

Tel.: 34 324-10-13 • e-mail: zszs@edukacja.czestochowa.pl

Zespół Szkół Zawodowych im. Marii Grzegorzewskiej
ul. KRÓTKA 22 w Częstochowie
z 60-letnim doświadczeniem w pracy z młodzieżą
z różnego typu niepełnosprawnościami
zaprasza do swoich szkół:

TECHNIKUM NR 13

jedyna w regionie średnia szkoła techniczna przeznaczona wyłącznie dla młodzieży z zespołem Aspergera, autyzmem, słabosłyszącą oraz z niepełnosprawnością ruchową, kształcąca w 2-4 osobowych klasach:

- technik informatyk • technik logistyk

BRANŻOWA SZKOŁA I STOPNIA NR 11

dla młodzieży z zespołem Aspergera, autyzmem, słabowidzącej, słabosłyszącej oraz z niepełnosprawnością ruchową:

- krawiec • tapicer • rękodzielnik wyrobów włókienniczych

BRANŻOWA SZKOŁA I STOPNIA

dla młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi:

- kucharz • krawiec • tapicer • stolarz • piekarz • cukiernik • rękodzielnik wyrobów włókienniczych • pracownik pomocniczy: obsługi hotelowej, krawca, stolarza, ślusarza i asystent fryzjera

SZKOŁA PRZYSPOSABIAJĄCA DO PRACY NR 1

dla młodzieży z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym i znacznym oraz z niepełnosprawnościami sprzężonymi

Zapewniamy:

- > naukę w kilkuosobowych klasach (2-6 uczniów) z uwzględnieniem indywidualnych możliwości i potrzeb ucznia
- > bezpieczeństwo w monitorowanej szkole
- > kadre ze specjalistycznym wykształceniem
- > wygodną lokalizację w centrum miasta
- > integrację uczniów ze środowiskiem lokalnym: uczestnictwo w wycieczkach, rajdach, wyjściach do ośrodków kultury i wydarzeniach miejskich
- > specjalistyczne zajęcia i koła zainteresowań
- > wybrane praktyki zawodowe na warsztatach szkolnych



FAKTY I MITY O OTYŁOŚCI

Porozmawiajmy szczerze o otyłości – 5 mitów o tej chorobie, które usłyszycie najczęściej

Otyłość jest chorobą, którą wielu Polaków nadal lekceważy. W postrzeganiu większości społeczeństwa pozostaje ona wyłączenie defektem estetycznym czy problemem, z którym należy poradzić sobie samemu. Brak wiedzy, że otyłość to choroba przekłada się na sposób, w jaki patrzymy na pacjentów, obarczając ich winą za rozwój choroby. Aby przełamać związane z nią bariery i zrozumieć jej prawdziwe przyczyny, a także możliwości leczenia, obalamy 5 najczęściej powielanych mitów na ten temat.

Mit 1: Otyłość to defekt estetyczny

Aż 80% osób z otyłością nie postrzega jej jako choroby, a jedynie jako defekt estetyczny wynika z badania realizowanego w ramach kampanii „Porozmawiajmy szczerze o otyłości”. Otyłość, zgodnie z definicją American Medical Association, jest chorobą, ponieważ powoduje „upośledzenie normalnego funkcjonowania”.

U osób chorujących na otyłość dochodzi do rozwoju wielu nieprawidłowości i zaburzeń, które powodują m.in. zwiększone ryzyko cukrzycy typu 2., wzrost ciśnienia krwi, podniesienia poziomu cholesterolu oraz stłuszczenia wątroby. W opracowanej przez WHO Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych otyłość ma kod E66 – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. Paweł Bogdański, Katedra i Zakład Leczenia Otyłości, Zaburzeń Metabolicznych oraz Dietetyki Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości (PTLO).

Mit 2: Przyczyną otyłości są zawsze wybory dotyczące stylu życia

Zdecydowana większość osób łączy otyłość z niewłaściwymi wyborami żywieniowymi i brakiem aktywności fizycznej. Często słyszy się, że osoby chorujące na otyłość są leniwe lub brak im motywacji. Tymczasem otyłość to choroba wieloczynnikowa. Współczesna medycyna nie zna w pełni przyczyn jej rozwoju. Niewątpliwie nasz styl życia ma na jej powstanie istotny wpływ, ale wśród przyczyn otyłości należy przede wszystkim zwrócić uwagę na te czynniki, które predysponują do nadmiernej masy ciała, a zarazem w żaden sposób nie są zależne od pacjenta. Należą do nich m.in. czynniki genetyczne i epigenetyczne, płodowe, hormonalne, a także psychologiczne. Chociaż dieta i ćwiczenia fizyczne odgrywają istotną rolę, stres, zaburzenia snu, zaburzenia hormonalne i neurohormonalne czy przyjmowane leki również mogą wpływać na ryzyko wystąpienia otyłości.

Mit 3: Wystarczy jeść mniej i więcej się ruszać

Zmiana stylu życia nie jest jedyną metodą leczenia otyłości. Wielu pacjentów, mimo wysiłków i ogromnej pracy, nie jest w stanie samodzielnie zredukować masy ciała do poziomu, który nie zagraża ich zdrowiu i życiu. Kluczem do rozpoczęcia leczenia jest świadomość, że otyłość to choroba. Pacjent powinien trafić do lekarza, który postawi



diagnozę i zaproponuje odpowiednie leczenie. Wskazane jest też wsparcie procesu terapeutycznego przez dietetyka w zakresie edukacji żywieniowej, a także psychologa i niejednokrotnie fizjoterapeuty. Powszechna opinia, że leczenie otyłości zawsze polega tylko na zmianie nawyków żywieniowych oraz większej aktywności fizycznej, jest błędna i często nie przekłada się na osiągnięcie celu terapeutycznego – tłumaczy prof. Paweł Bogdański.

Mit 4: Miarą sukcesu jest liczba straconych kilogramów

Pacjenci często skupiają się na liczbie, jaka pojawia się na wadze. Jednak uznawanie „zgubionych” kilogramów za jedyną miarę sukcesu jest nie tylko niewłaściwe, ale także szkodliwe pod kątem psychologicznym. Może prowadzić do zwiększenia poziomu stresu, zaburzeń odżywiania i problemów z samooceną. Kluczem do długoterminowego sukcesu jest skupienie się na trwałej modyfikacji stylu życia i korzyściach wynikających z leczenia otyłości wyrażonych m. in. poprawą stanu zdrowia i samopoczucia oraz ochroną przed rozwojem licznych powikłań związanych z otyłością – wyjaśnia prof. Bogdański.

Badania sugerują, że skupienie się na wynikach neutralnych dla wagi, takich jak ciśnienie krwi, jakość diety, aktywność fizyczna, samoocena i obraz ciała jest bardziej efektywne.

Mit 5: To tylko dziecięcy tłuszcz

Ponieważ wczesne dzieciństwo jest okresem szybkiego wzrostu i rozwoju, zakłada się, że małe dzieci, u których pojawia się nadwaga i otyłość, wcale nie pozostaną takie w wieku dorosłym. Często słyszymy, jak rodzice mówią, że „to tylko dziecięcy tłuszcz”, że ich dzieci z tego wyrosną.

Chociaż otyłość w dzieciństwie nie zawsze skutkuje otyłością w wieku dorosłym, większość dzieci nie wyrasta z problemu nadwagi. Jak wynika z badań tylko około 17% dzieci w wieku przedszkolnym, które mają nadwagę lub chorują na otyłość, wraca do normalnej wagi do czasu rozpoczęcia nauki w gimnazjum. Otyłość w dzieciństwie jest głównym predykatorem tego, czy dana osoba stanie się dorosłym chorującym na otyłość. W porównaniu z chorobą występującą u dorosłych, konsekwencje otyłości, która zaczyna się w dzieciństwie, mogą być poważniejsze.

Rodzice dzieci chorujących na otyłość powinni umówić się z dzieckiem na wizytę u lekarza w celu postawienia rozpoznania i zaplanowania leczenia. Dodatkowo mogą pomóc poprzez dawanie dobrego przykładu. Kiedy rodzice

są zaangażowani w promowanie zdrowych nawyków, dzieci mają większe szanse na sukces. Pamiętajmy, że dzieci zawsze obserwują dorosłych, a bycie dobrym przykładem uczy je, jak żyć zdrowiej, jednocześnie poprawiając ich relacje z jedzeniem i własnym ciałem – dodaje ekspert.

Kampania „Porozmawiajmy szczerze o otyłości”

Jej celem jest budowanie społecznej świadomości, że otyłość jest chorobą, którą można i należy leczyć. Inicjatorem kampanii jest Polskie Towarzystwo Leczenia Otyłości, a mecenasem firma Novo Nordisk. W czerwcu 2021 roku wystartowała 2. edycja kampanii. W ramach

kampanii powstała nowa odsłona strony internetowej www.ootylosci.pl, która jest cennym źródłem informacji i wsparcia dla osób dotkniętych tą chorobą. Uruchomiony został również fan page kampanii na Facebooku oraz kanał na YouTube.

Partnerami kampanii są: Stowarzyszenie Pacjentów Bariatrycznych CHLO, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej. Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej przyznały kampanii swoje patronaty.

Źródło: MPiP

ALKOHOLOWA CHOROBA WĄTROBY

Definicja i etiologia

Alkoholowa choroba wątroby (ALD) jest uszkodzeniem wątroby spowodowanym nadmiernym spożywaniem alkoholu. Alkohol jest toksyną uszkadzającą wiele narządów, a związkiem, który jest najbardziej szkodliwy dla zdrowia i całego organizmu jest metabolit etanolu, zwany aldehydem octowym. Aldehyd octowy jest bardziej toksyczny od samego etanolu oraz od kwasu octowego i to on przyczynia się do objawów przedawkowania alkoholu. Spożyty alkohol jest wydalany w postaci niezmienionej, tylko 2-5% przez nerki, płuca lub skórę.

W Polsce osoby z uzależnieniem od alkoholu stanowią około 16% populacji. Około 1,5-1,8 miliona chorych, którzy leczą się na różne choroby i są pod opieką lekarzy specjalistów, nadużywa alkoholu, choć nie są oni od niego uzależnieni. U 10-20% społeczeństwa, u których występuje uzależnienie rozwija się marskość wątroby. Ogólnie szacuje się, że 20-40% chorych hospitalizowanych na oddziałach szpitalnych, ma problemy z nadużywaniem alkoholu, a ich schorzenia są tego konsekwencją.

Zaawansowane postacie ALD rozwijają się u osób regularnie pijących alkoholu, przez co najmniej trzech do pięciu lat. Duże znaczenie ma ilość spożywanego alkoholu, a nie jego rodzaje. U części tych osób, które spożywają alkohol, nie powstają patologie wątrobowe. Jednak u 25% osób pijących alkohol regularnie występuje objawowa postać ALD. Marskość wątroby jest rozpoznana u około 10% alkoholików.

W skali ogólnoswiatowej alkoholizm jest problemem nie tylko medycznym i socjologicznym ale także ekonomicznym. W Stanach Zjednoczonych około 15 milionów Amerykanów nadużywa alkoholu i w tym kraju na ALD w ciągu roku umiera 11,5 tysiąca osób. W Krajach Ameryki Północnej i Europy Zachodniej alkohol jest główną przyczyną powstawania marskości wątroby. Około 77% osób w tych krajach ma rozpoznaną alkoholową chorobę wątroby. W krajach Europy rocznie umiera około 55 tysięcy młodych osób. Co czwarty zgon wśród młodych osób w przedziale wiekowym 15.-29. lat jest wynikiem picia alkoholu. Wśród społeczeństwa Europy Środkowej i Wschodniej alkohol jest przyczyną zgonu u blisko 40-60% ludności.

W całej Europie szkodliwe spożywanie alkoholu jest

podłożem w 9% zachorowań wszystkich chorób, w tym chorób wątroby, chorób serca, zawałów, nadciśnienia oraz nowotworów przewodu pokarmowego.

W związku z nadużywaniem alkoholu na całym świecie wszystkie kraje ponoszą ogromne straty finansowe w wyniku różnych chorób spowodowanych nadmiernym i niekontrolowanym spożywaniem alkoholu przez całą populację^[28].

1.1 Obraz kliniczny i przebieg choroby

U osób spożywających nadmierne ilości alkoholu wyróżnić można cztery etapy uszkodzenia wątroby: stłuszczenie, włóknienie, zapalenie i marskość wątroby. Wszystkie te typy mogą występować jako postacie izolowane od siebie, a niekiedy mogą występować jednocześnie.

Do czynników rozwoju alkoholowej choroby wątroby możemy zaliczyć: ilość spożywanego alkoholu, płeć, wiek, stan odżywienia, współistnienie zapalenia wątroby typu C, zaburzenia genetyczne oraz zaburzenia immunologiczne. Za szkodliwą dawkę alkoholu uważa się 60-80 g czystego alkoholu u mężczyzn, a u kobiet ta dawka jest mniejsza i wynosi 20-40g.

Zdolność wątroby do metabolizowania alkoholu jest zmienna i rośnie wraz z wiekiem. Nawet małe dawki



alkoholu spożyte jednorazowo mogą prowadzić do stłuszczenia wątroby.

Alkoholowe stłuszczenie wątroby (ASH) polega na odkładaniu się cząsteczek tłuszczu w komórkach wątroby. Jest jednym z pierwszych objawów patologicznych wątroby ale jest odwracalny. Rokowanie jest pomyślne tylko pod warunkiem zmiany trybu życia i zaprzestania spożycia alkoholu. Najczęściej jest ono rozpoznawane przypadkowo podczas badania USG jamy brzusznej. Do powstania może dojść w krótkim czasie, nawet po 3-7 dniach nadmiernego picia alkoholu. Jednorazowa dawka, która wystarcza, by w hepatocytach doszło do zmian patologicznych, wynosi 400g czystego alkoholu. Natomiast u osób, które przewlekle piją (około 80 g dzienne) przez okres pięciu lat prawdopodobieństwo wystąpienia stłuszczenia wynosi 80%.

Stłuszczenie wątroby przebiega w sposób bezobjawowy lub objawy mogą być niespecyficzne, na przykład: uczucie zmęczenia, osłabienie, brak apetytu. Niekiedy może być bólowanie brzucha w prawym podżebrzu. Wątroba niekiedy może być miernie powiększona i tkliwa.

W badaniu USG występuje zwiększona echogeniczność - "obraz jasnej wątroby". W badaniach laboratoryjnych może występować podwyższenie aminotransferaz ALAT, ASpAT. Rozpoznanie może być utrudnione, gdyż przeważnie bagatelizują pierwsze objawy i nie przyznają się do problemu alkoholowego. Problem zatajany jest zarówno przez chorego, jak i jego rodzinę. Najlepszym lekiem w alkoholowym stłuszczeniu wątroby jest całkowita abstynencja alkoholowa. Może ona zatrzymać progresję choroby, a także cofnąć zmiany już istniejące w wątrobie i przywrócić stan sprzed choroby.

W przypadku braku abstynencji choroba może postępować i w ciągu 10 lat od stwierdzenia stłuszczenia u 20-35% chorych może rozwinąć się zapalenie i marskość wątroby. Rokowanie pogarsza ciągłe spożywanie alkoholu w ilości około 40g/dobę, co skutkuje znacznym stłuszczeniem wątroby i uszkodzeniem hepatocytów. Płeć żeńska jest również złym czynnikiem rokowniczym.

Alkoholowe zapalenie wątroby (AH) objawia się zmianami histopatologicznymi w wątrobie, które cechują się martwicą hepatocytów, ich powiększeniem, brzękiem oraz zwłóknieniem miększu. AH charakteryzuje się nagłym ostrym przebiegiem wywołanym przez działanie toksyczne alkoholu. Są to zmiany zapalno-martwicze z potencjalnie niekorzystnym przebiegiem i rokowaniem. AH jest fazą przejściową pomiędzy stłuszczeniem wątroby a marskością. U prawie 80% nieleczonych chorych jest duże prawdopodobieństwo zwłóknienia i marskości wątroby. Schorzenie to może doprowadzić w ciągu dwóch do czterech tygodni do niewydolności wątroby. Ryzyko zgonu jest oceniane na 18-50% w okresie do 90 dni od rozpoznania.

Do klinicznych objawów AH możemy zaliczyć utratę apetytu, osłabienie, nudności, wymioty, bóle brzucha, gorączkę, tachykardię, powiększoną i bolesną wątrobę, żółtaczkę. Występują także pajączki naczyniowe i rumień

dłoniowy. Często przebieg może być piorunujący, objawiający się skłonnością do krwawień z przewodu pokarmowego, wodobrzusza, niewydolności nerek, a w końcowym etapie do niewydolności narządu. Niewydolność wątroby może doprowadzić w ciągu kilku dni do śpiączki i zgonu pacjenta.

Abstynencja alkoholowa jest podstawą leczenia oraz czynnikiem rokowniczym, jednak nie zawsze chroni przed progresją choroby i ustąpieniem zmian mięszowych w wątrobie. Alkoholowe zapalenie wątroby może doprowadzić do uogólnionej reakcji zapalnej (SIRS), która objawia się tachykardią, podwyższoną leukocytozą, gorączką, występuje tachypnoe. Te objawy zwiększają ryzyko niewydolności wielonarządowej.

Diagnostyka opiera się na badaniach obrazowych, w tym: USG, TK i RM. W badaniach laboratoryjnych stwierdza się aktywność aminotransferaz, wzrost ALP, LDH. Wartość ASPAT jest zwykle 2-3 razy wyższy niż ALAT. Ponadto zwiększone jest GGTP, wydłużony czas PT. Obserwuje się także niedokrwistość, małopłytkowość, leukocytozę, hiperlipidemię, wzrost CRP. Obniżony jest poziom stężenia albumin.

Do powikłań należących do zgonu w wyniku ostrego zapalenia wątroby zaliczamy: infekcje bakteryjne, niewydolność wątroby i niewydolność wielonarządową, krwotok z żyłaków przełyku. W celu potwierdzenia diagnozy wskazana jest biopsja wątroby^[30].

Alkoholowa marskość wątroby (AC) jest końcowym etapem alkoholowej choroby wątroby. Dotyczy ona 10-20% osób przewlekle spożywających alkohol. Ryzykiem zaawansowanego włóknienia i marskości wątroby są nawracające epizody alkoholowego zapalenia miększu wątroby. Z reguły ryzyko pojawienia się marskości u osób nadużywających alkohol wynosi 2-3% rocznie. Postać marskości wątroby najczęściej ma charakter drobnoguzkowy. Poza objawami typowymi dla marskości wątroby obserwuje się objawy wynikające z przewlekłego alkoholizmu. Są to: polineuropatia obwodowa, ogólne otępienie, przykurcz Dupuytrena.

U chorych, którzy zaprzestali spożywania alkoholu i trwają cały czas w abstynencji, choroba może nie dawać objawów, co znacznie poprawia stan pacjenta i jakość życia.

Przeżywalność w marskości wątroby wynosi 10 lat od momentu rozpoznania. U pacjentów z niewyrównaną marskością przeżycie zmniejsza się do 5 lat w 60%, mimo przestania picia alkoholu. Chorzy, którzy nadal kontynuują spożywanie alkoholu, ich przeżycie wynosi tylko 30%.

Rokowanie w marskości na tle alkoholowym jest gorsze niż w marskości o innej etiologii. Najczęstszym powikłaniem są zakażenia bakteryjne, które powstają w wyniku immunosupresyjnego działania alkoholu. Marskość wątroby stanowi czynnik rozwoju raka wątrobowokomórkowego. Szczególnie ryzyko to jest wysokie u mężczyzn powyżej 50. roku życia i jednocześnie i zakażonymi wirusami HCV lub HBV.

Flak Edyta

PLANOWANE SZKOLENIA NA I PÓŁROCZE 2022 R, ORGANIZOWANE PRZEZ OIPIP W CZĘSTOCHOWIE

NAZWA SZKOLENIA	PLANOWANA DATA ROZPOCZĘCIA	MINIMALNA LICZBA UCZESTNIKÓW	WYMAGANE DODATKOWE KURSY SPECJALISTYCZNE DO ZAKOŃCZENIA SPECJALIZACJI
SPECJALISTYCZNE			
Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa	Po zebraniu grupy	15	brak
Wywiad i badanie fizykalne	Po zebraniu grupy	15	brak
Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych	Po zebraniu grupy	15	brak
Endoskopia	Po zebraniu grupy	15	brak
Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie	Po zebraniu grupy	15	brak
Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	15	brak
Szczepienia ochronne dla położnych	Po zebraniu grupy	15	brak
Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa noworodka	Po zebraniu grupy	15	brak
Ordynowanie leków i wypisywanie recept - Część I	Po zebraniu grupy	15	brak
Ordynowanie leków i wypisywanie recept - Część II	Po zebraniu grupy	15	brak
Eduktor w cukrzycy	Po zebraniu grupy	15	brak
Leczenie ran- dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	15	brak
Leczenie ran - kurs dla położnych	Po zebraniu grupy		brak
Spirometria	Po zebraniu grupy		BRAK
KWALIFIKACYJNE			
Rodzinne dla położnych	Po zebraniu grupy	15	
Anestezjologiczne i intensywnej opieki	Po zebraniu grupy	15	1. Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa 2. EKG
Pielęgniarstwo ratunkowe	Po zebraniu grupy	15	
Rodzinne dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	15	
SPECJALIZACJE			
„Pielęgniarstwo internistyczne” dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	20	1. Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa 2. EKG
„Pielęgniarstwo chirurgiczne” dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	20	1. Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa 2. EKG
DOKSZTAŁCAJĄCE			
Długoterminowe porty naczyniowe - użytkowanie portów naczyniowych	Po zebraniu grupy	20	
KTG płodu	Po zebraniu grupy	20	
Cewnikowanie pęcherza moczowego	Po zebraniu grupy	20	