NUMER 7/381/LIPIEC 2023 www.doipip.wroc.pl

W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Bądź na bieżąco!

facebook.com/doipip.wroc

@doipip_wroclaw

Obserwuj nasze profile **w mediach społecznościowych!**

ISSN 1425 - 6584

W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY
Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

www.doipip.wroc.pl

Wydawca:
Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:
Anna Szafran, Urszula Olechowska, Danuta Musioł, Dorota Pietrzak, Jolanta Kolasińska, Beata Łabowicz, Beata Dąbrowska, Sylwia Durlej, Teresa Szerszeń.

Redakcja techniczna, skład, korekta, i przygotowanie do druku – emildruk.pl

Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca, w tekstach publikowanych zastrzega sobie prawo skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistyczno–językowych.

Artykuły, listy, uwagi i inną korespondencję prosimy nadsyłać na adres redakcji:
Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
ul. Powstańców Śląskich 50, 53–333 Wrocław
fax 71 373 20 56, e–mail: **info@doipip.wroc.pl**

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA TREŚĆ TEKSTÓW, OGŁOSZEŃ I REKLAM

DOIPiP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA PRACY W KRAJU I ZAGRANICĄ

UWAGA:
Nie przyjmujemy do publikacji tekstów przekazywanych telefonicznie!

Numer zamknięto 5.07.2023 r.
Do druku przygotowano 5.07.2023 r.

Nakład 2000 egzemplarzy
Druk ABIS

Pismo nieodpłatnie rozprowadzane wśród członków Samorządu Pielęgniarek i Położnych.

Wszystkie artykuły, i nie tylko, można znaleźć na stronie internetowej Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
www.doipip.wroc.pl

DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu
ul. Powstańców Śląskich 50, 53–333 Wrocław
tel. 71 333 57 02, fax 71 373 20 56
e–mail: info@doipip.wroc.pl
www.doipip.wroc.pl

NUMER KONTA BANKOWEGO DOIPiP
na który należy przekazywać SKŁADKI CZŁONKOWSKIE
Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **63 1240 6670 1111 0000 5641 0435**

GODZINY PRACY BIURA DOIPiP we Wrocławiu
poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

DZIAŁ KSZTAŁCENIA
tel. 71 333 57 08
poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15
e-mail: dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl

KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA
Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **13 1240 6670 1111 0000 5648 5055**

GODZINY PRACY KASY
poniedziałek, środa: 10–16; wtorek, czwartek: 8–13
piątek: NIECZYNNA
tel. 71 333 57 14

GODZINY PRACY BIBLIOTEKI
poniedziałek: 8–10, czwartek: 13–16, piątek: 9–14
tel. 71 333 57 14

OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ
tel. 71 333 57 02
Informacja o dyżurach pod numerem telefonu lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
tel. 71 333 57 02
Informacja o dyżurach pod numerem telefonu lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

RADCA PRAWNY – Marcin Dziki
poniedziałek: 12.00-16.00, środa: 12.00-16.00
tel. 785 930 294
e-mail: radcaprawny@doipip.wroc.pl

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPIP
Bank PKO BP IV Oddział Wrocław, ul. Gepperta 4
Nr konta: **56 1020 5242 0000 2702 0019 9224**
tel. 71 333 57 02
Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej można uzyskać w czasie dyżuru w środę 15 -16.30 telefonicznie lub osobiście. **KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI.**

WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPiP WE WROCŁAWIU

Sekretariat	71 333 57 02	Kasa	71 333 57 14
Sekretariat (fax)	71 373 20 56	Biblioteka	71 333 57 14
Dyrektor biura	71 333 57 00	Okręgowy Rzecznik	
Przewodnicząca	71 333 57 03	Odpowiedzialności Zawodowej	71 333 57 02
Wiceprzewodnicząca	71 333 57 10	Okręgowy Sąd	
Sekretarz	71 333 57 04	Pielęgniarek i Położnych	71 333 57 02
Skarbnik	71 333 57 05	Dział Kształcenia	71 333 57 08
Ewidencja/rejestr piel. i poł.	71 333 57 09/71 333 57 11	Kierownik Działu Kształcenia	71 333 57 12
Praktyki zawodowe	71 333 57 07	Księgowość Działu Kształcenia	71 333 57 14
Księgowość	71 333 57 06	Radca Prawny	785 930 294

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

▶ PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI – *mgr Ewa Pielichowska*
4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
T: 261 660 207, 608 309 310
E: naczelna.pielegniarka@4wsk.pl

▶ PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – *mgr Beata Łabowicz*
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica
T: 76 72 11 401, 661 999 104
E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

▶ PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNEGO
– mgr Iwona Pilarczyk-Wróblewska
Uniwersytet Medyczny,
Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego i Pediatrycznego
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 500 141 941
E: iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl

▶ PIELĘGNIARSTWA GINEKOLOGICZNEGO I POŁOŻNICZEGO OD 01.10.2022 R.
– Dr n. med. Monika Przestrzelska
Zakład Położnictwa i Pielęgniarstwa Ginekologiczno-Położniczego
ul. Bartla 5, 50-996 Wrocław
T: 71 784 18 24, 608 509 727
E: mprzestrzelska.konsultant@gmail.com

▶ PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH – *mgr Dorota Rudnicka*
Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej Będkowo Sp. z o.o. Sp. k.
Będkowo 1, 55-100 Trzebnica
T: 71 722 29 48, 603 852 669
E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

▶ PIELĘGNIARTSWA ONKOLOGICZNEGO
– dr n. med. Elżbieta Garwacka-Czachor
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław
T: 71 36 89 260, 603 38 58 98
E: e.garwacka@gmail.com

▶ PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO
– dr n. o zdr. Jerzy Twardak
Uniwersytet Medyczny
Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego
ul. Bartla 5, 56-618 Wrocław
T: 668 193 147
E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

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

▶ PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ
– mgr Anna Szachowska
Bonifraterskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.,
ul. Poświęcka 8, 51-128 Wrocław,
T: 793 386 502
E: anna.szachowska@gmail.com

▶ PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO
– mgr Dorota Kaczor
Dolnośląskie Centrum Rehabilitacji Sp.z o.o.
ul. J.Korczaka 1, 58-400 Kamienna Góra
T: 606 226 655
E: kador@wp.pl

Szanowni Państwo,
Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

przypomina swoim członkom o ich UPRAWNIENIACH w tym zwłaszcza:

1 Członkowie samorządu mają prawo:

- wybierać i być wybieranym do organów DOIPiP we Wrocławiu,
- korzystać z pomocy Izby w podnoszeniu kwalifikacji zawodowych i ochrony właściwych warunków pracy,
- korzystać z pomocy prawnej Izby,
- korzystać z innych świadczeń Izby i działalności samopomocowej.

2 Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom zgodnie z obowiązującymi regulaminami:

- nieodpłatne kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, dokształcające oraz szkolenia specjalizacyjne (specjalizacje),
- bezpłatny udział w spotkaniach informacyjno - edukacyjnych,
- bezpłatny udział w konferencjach organizowanych przez Izbę,
- refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego,
- pomoc finansową w związku z wystąpieniem zdarzeń losowych takich jak: choroba, śmierć małżonka lub dziecka, kradzież, pożar, powódź itp.,
- pomoc finansową na rehabilitację medyczną,
- pomoc finansową w związku z urodzenie (przysposobieniem) dziecka,
- podarunek emerytalny w związku z przejściem na emeryturę lub rentę.

3 Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych oferuje swoim członkom również:

- bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelni IBUK LIBRA,
- bezpłatny dostęp do serwisu informacji prawnej LEX,
- możliwość skorzystania z karnetów sportowo-rekreacyjnych FitProfit oraz FitSport.,
- korzystanie z bardzo bogatego księgozbioru Izby,
- korzystanie z bezpłatnej pomocy prawnej w związku z wykonywaniem zawodu,
- cykliczne spotkania dla emerytowanych pielęgniarek i położnych,
- comiesięczny dostęp do biuletynu informacyjnego „W Cieniu Czepka",
- korzystanie z aktualnej strony internetowej Izby : www.doipip.wroc.pl oraz newsletteru,
- pomoc w zakresie korzystania z SMK oraz wszelkie doradztwo w zakresie wykonywania zwodów pielęgniarki i położnej,
- dla absolwentów ułatwienia dotyczące korzystania z refundacji kosztów kształcenia i nieodpłatnych form kształcenia podyplomowego form kształcenia podyplomowego (informacje dostępne : na www.doipip.wroc.pl w zakładce pomoc finansowa).

W NUMERZE:

4 Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej

6 Regulamin przyznawania pomocy finansowej dla członków Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

8 Plan kształcenia podyplomowego Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych obejmujący ofertę szkoleń bezpłatnych na II półrocze 2023 roku

11 Opinia prawna w przedmiocie kontynuowania wykonywania zawodu pielęgniarki/ położnej w trybie art. 26 ust. 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej po dniu 1 lipca 2023 r.

12 Komunikat

13 Prezentacja kół PTP Koło PTP przy Katedrze Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

15 Rola komunikacji w opiece nad pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową

17 Rola bezpiecznego sprzętu i raportowania w pracy pielęgniarki: zapewnienie ochrony pacjentom i personelowi medycznemu

19 Medycyna i społeczne dylematy

21 Zasady odżywiania dzieci w wieku 1-3 roku życia. Część I

23 Zaczepek etyczny

24 Ogłoszenia

26 Pamięć i serce

KODEKS ETYKI ZAWODOWEJ
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

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

PRZYRZECZENIE

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

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

CZĘŚĆ OGÓLNA

Art. 1

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

Art. 2

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

Art. 3

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

Art. 4

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

Art. 5

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

Art. 6

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

CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

Godność człowieka, zdrowie i życie

Art. 7

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

Art. 8

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

Świadoma zgoda pacjenta i szacunek dla jego autonomii

Art. 9

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

Informowanie pacjenta

Art. 10

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

Art. 11

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

Art. 12

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

Art. 13

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

Tajemnica zawodowa

Art. 14

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

Medycyna transplantacyjna

Art. 15

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

Prokreacja człowieka

Art. 16

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

Art. 17

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

Art. 18

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

Eksperyment medyczny

Art. 19

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

Opieka nad pacjentem u kresu życia

Art. 20

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

Art. 21

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

Pielęgniarka i położna a współpracownicy

Art. 22

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

Art. 23

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

Art. 24

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

Art. 25

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

Art. 26

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

Art. 27

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

Status społeczny i prawny pielęgniarki i położnej

Art. 28

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

Art. 29

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

Współpraca z przemysłem

Art. 30

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

Art. 31

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

Art. 32

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

Promocja i edukacja zdrowotna

Art. 33

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

Postanowienia końcowe

Art. 34

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

REGULAMIN PRZYZNAWANIA POMOCY FINANSOWEJ

DLA CZŁONKÓW DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WROCŁAWIU

Sekretarz - Danuta Musioł, Skarbnik - Jolanta Kolasińska, Przewodnicząca - Anna Szafran

§ 1

1. Fundusz pomocowy dla członków Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu stanowią środki finansowe pochodzące wyłącznie ze składek członkowskich.
2. Wysokość funduszu określana jest corocznie w budżecie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

§ 2

1. Z funduszu pomocowego są udzielane:
a. zapomogi losowe,
b. finansowy podarunek emerytalny.
2. Zapomogi i finansowy podarunek emerytalny udzielane są na wniosek Komisji Socjalnej przez Dolnośląską Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu lub Prezydium DORPiP.

§ 3

1. **Zapomogę losową** Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu lub Prezydium DORPiP przyznaje w następujących przypadkach:
1. udokumentowanej ciężkiej choroby członka samorządu;
2. wypadku losowego członka samorządu powodującego utratę zdrowia, uniemożliwiającego okresowo wykonywanie zawodu lub wykonywanie zawodu w dotychczasowym zakresie;
3. zabiegów rehabilitacyjnych dla poprawy zdrowia członków samorządu; niniejsza forma zapomogi nie obejmuje zabiegów estetycznych, kosmetycznych lub dla poprawy samopoczucia, np. realizowanych w systemie SPA, itp.;
4. udokumentowanego nagłego zdarzenia losowego dotyczącego członka samorządu (za zdarzenie nagłe, uważa się takie, które nastąpiło niespodziewanie, było niemożliwe do przewidzenia i uniknięcia, a jego zaistnienie spowodowało zapotrzebowanie na zwiększone środki finansowe np. kradzież, pożar, wybuch gazu, powódź, itp.);
5. urodzenia dziecka lub dzieci (ciąża mnoga), którego przynajmniej jedno z rodziców jest członkiem DOIPiP lub przysposobienia dziecka lub dzieci przez członka samorządu;
6. śmierci członka samorządu (wypłaconej jednorazowo współmałżonkowi, w przypadku braku współmałżonka dzieciom, zaś w przypadku braku dwóch wcześniej wskazanych osób – rodzicom zmarłego).
7. śmierci współmałżonka lub śmierci dziecka członka samorządu.
2. Zapomoga dla danego członka DOIPiP w przypadkach opisanych w § 3 ust. 1 pkt 1-4 może być przyznana jeden raz w roku kalendarzowym.
3. W przypadku śmierci współmałżonka lub śmierci dziecka członka samorządu, urodzenia lub przysposobienia dziecka przez członka samorządu lub współmałżonka zapomoga może być przyznana ponownie w tym samym roku kalendarzowym.
4. W przypadku urodzenia dziecka lub

dzieci, zapomoga udzielana jest na podstawie aktu urodzenia dziecka i przysługuje tylko jednemu z rodziców.

5. W przypadku przysposobienia dziecka zapomoga jest udzielana na podstawie prawomocnego orzeczenia sądu opiekuńczego i przysługuje tylko jednemu z rodziców.
6. Wniosek składa się do jednego roku od momentu wystąpienia zdarzenia uprawniającego do otrzymania zapomogi losowej. Po upływie powyższego terminu wnioski będą odrzucane, jako spóźnione.
7. Zapomogi wskazane w § 3 ust. 1 pkt 1-4 mają charakter uznaniowy.
8. Decyzja DORPiP we Wrocławiu lub Prezydium DORPiP zapada w postaci uchwały i jest ostateczna, nie podlega zaskarżeniu.

§ 4

1. Osobami uprawnionymi do ubiegania się o zapomogę losową są:

1. członkowie DOIPiP we Wrocławiu, którzy nieprzerwanie opłacają składki członkowskie, co najmniej przez okres dwóch lat poprzedzających złożenie wniosku,
2. członkowie DOIPiP we Wrocławiu zwolnieni z płacenia składek członkowskich, tj.:

- osoby bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy (pod warunkiem przedłożenia zaświadczenia z urzędu pracy); przy czym za osobę bezrobotną w rozumieniu niniejszego regulaminu uważa się osobę nigdzie nie zatrudnioną i nie wykonującą innej pracy zarobkowej, zdolną i gotową do podjęcia zatrudnienia, zarejestrowaną we właściwym dla miejsca zamieszkania urzędzie pracy;
- osoby przebywające na urlopach macierzyńskim / tacierzyńskim, wychowawczym lub rodzicielskim (pod warunkiem przedłożenia stosownego zaświadczenia);
- pobierające świadczenie rehabilitacyjne, lub pielęgnacyjne lub zasiłek z pomocy społecznej pod warunkiem przebywania na wyżej wymienionych świadczeniach przez okres nie dłuższy niż dwa lata przed złożeniem wniosku o zapomogę i regularnie opłacający składkę na rzecz DOIPiP przez co najmniej dwa lata przed uzyskaniem wyżej wymienionych świadczeń (pod warunkiem przedłożenia stosownego zaświadczenia)
- osoby niepracujące, które posiadają status emeryta lub rencisty lub pobierające świadczenie przedemerytalne, przedkładają decyzję o przyznaniu świadczenia, oraz zaświadczenie o opłacaniu składki na rzecz DOIPiP we Wrocławiu za okres dwóch lat przed zwolnieniem ich z opłacania składek.

3. współmałżonek lub dzieci lub w przypadku ich braku rodzice zmarłego członka samorządu w przypadku opisanym w § 3 ust. 1 pkt 5;

2. Zapomogi przyznawane są na wniosek:

1. członka samorządu,
2. pełnomocnego przedstawiciela DORPiP we Wrocławiu w zakładzie pracy członka samorządu, którego dotyczy wniosek.
3. członka rodziny w przypadkach o których mowa w § 3 ust.1 pkt. 5

3. W przypadkach szczególnych nie ujętych w regulaminie oraz ze względu na wyjątkową sytuację życiową wnioskodawcy zapomoga może być przedmiotem rozpatrzenia przez DORPiP we Wrocławiu lub Prezydium DORPiP.

4. Wzór wniosku stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu, który jest do pobrania ze strony internetowej DOIPiP we Wrocławiu lub w Biurze Izby.

5. Do wniosku należy dołączyć:

1. w przypadku osób bezrobotnych - zaświadczenie z rejonowego urzędu pracy,
2. renciści/emeryci - kserokopię dokumentu potwierdzającego przyznania emerytury/ renty oraz czasu przebywania na danym świadczeniu,
3. przebywający na urlopie wychowawczym - zaświadczenie z zakładu pracy potwierdzające datę rozpoczęcia i planowanego zakończenia urlopu,
4. zaświadczenie o okresie przebywania na świadczeniu rehabilitacyjnym,
5. zaświadczenie o płaceniu składek na rzecz Izby potwierdzone przez zakład pracy lub kserokopię dowodu wpłaty w przypadku indywidualnego opłacania składek członkowskich,
6. kserokopie aktualnych dokumentów potwierdzających zaistnienie zdarzenia uprawniającego do otrzymania zapomogi losowej (np. karty informacyjne leczenia szpitalnego, zaświadczenie o stanie zdrowia, potwierdzenie faktu kradzieży, protokół wyceny strat, odpisy akt stanu cywilnego, prawomocne orzeczenie przysposobienia, itp.),
7. celem udokumentowania poniesionych kosztów rehabilitacji/fizykoterapii należy przedłożyć imienną fakturę lub rachunek wystawiony wyłącznie przez podmiot leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych z zakresu rehabilitacji i fizykoterapii, obejmującą koszty zabiegów, fizykoterapii – paragony oraz rachunki i faktury wystawione przez podmioty inne niż podmioty lecznicze nie będą uwzględniane. Zwrot kosztów rehabilitacji nie obejmuje kosztów niezwiązanych z zabiegiem, np. koszty pobytu, turnusu, zakwaterowania, przejazdu, wyżywienia, dojazdu, itp.,

Za aktualne uznaje się dokumenty wydane do 12 miesięcy od daty złożenia wniosku.

8. w przypadku zapomogi z tytułu urodzenia lub przysposobienia dziecka, korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych, fizjoterapii, konieczne jest dołączenie wypełnionej informacji podatkowej.

6. W przypadku złożenia wniosku niespełniającego wymagań, niedokładnie wypełnionego, nieczytelnego, Komisja Socjalna wezwie wnioskodawcę do jego uzupełnienia lub poprawienia, w terminie 30 dni od daty doręczenia pisma, pod rygorem pozostawienia wniosku bez rozpatrzenia.

7. Rozpatrywane będą jedynie wnioski złożone na druku pobranym ze strony internetowej DOIPiP we Wrocławiu lub w Biurze Izby.

Wniosek należy wypełnić wg danych zawartych w dowodzie osobistym. Obligatoryjnie należy podać adres do korespondencji oraz nr telefonu.

§ 5

1. Wnioski o udzielenie zapomogi należy składać w biurze DOIPiP we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śl. 50 lub wysłać pocztą.
2. Wnioski rozpatruje Komisja Socjalna i przedstawia do akceptacji Dolnośląskiej Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu lub Prezydium DORPiP. Decyzja DORPiP we Wrocławiu lub Prezydium DORPiP zapada w postaci uchwały i jest ostateczna.
3. Posiedzenia Komisji Socjalnej odbywają się w biurze DOIPiP we Wrocławiu jeden raz w miesiącu.
4. Komisja Socjalna podejmuje decyzje zwykłą większością głosów, w obecności co najmniej dwóch członków i przewodniczącego lub wiceprzewodniczącego.
5. Każde posiedzenie Komisji Socjalnej jest protokołowane, a protokół podpisuje przewodniczący lub wiceprzewodniczący Komisji Socjalnej.
6. Komisja prowadzi rejestr rozpatrywanych wniosków oraz udzielanych zapomóg.
7. Zapomoga może być wypłacona:

- wnioskodawcy, po okazaniu dokumentu tożsamości w kasie Izby lub
- przelewem na wskazane przez wnioskodawcę konto bankowe.

8. Wnioski złożone po ostatnim posiedzeniu Komisji Socjalnej w danym roku kalendarzowym, będą rozpatrywane w styczniu następnego roku, a przyznane świadczenie będzie zaliczane na poczet roku, w którym złożono wniosek.

§ 6

Wysokość zapomogi dla poszczególnych wnioskodawców proponuje Komisja Socjalna wraz z uzasadnieniem i z uwzględnieniem postanowień załącznika nr 1 do Regulaminu, w którym określono wysokość przyznawanych zapomóg.

§ 7

1. Finansowy podarunek emerytalny, zwany dalej podarunkiem emerytalnym, przyznaje się na wniosek osoby zainteresowanej, w związku z uzyskaniem uprawnień emerytalnych, rentowych lub świadczenia przedemerytalnego (decydujący jest moment uzyskania uprawnień, a nie faktyczne przejście na nie), nie później niż jeden rok od daty otrzymania świadczenia (wzór wniosku stanowi załącznik nr 2 do Regulaminu).
2. Podarunek emerytalny przyznawany jest jednorazowo członkom samorządu.
3. Przyznanie podarunku emerytalnego przysługuje tylko jeden raz w ciągu okresu zawodowego bez względu na rodzaj decyzji ZUS. Powyższe oznacza, że otrzymanie podarunku emerytalnego z jednego tytułu wyklucza otrzymanie go w związku z kolejną decyzją ZUS.
4. Do wniosku należy dołączyć:

- ksero zaświadczenia o przyznanym świadczeniu (emerytura, renta, świadczenie przedemerytalne); w przypadku emerytury jest to wyłącznie „Decyzja o przyznaniu emerytury",
- potwierdzenie opłacania składek na rzecz samorządu nieprzerwanie przez dwa lata poprzedzające uzyskanie świadczenia,
- wypełnioną informację podatkową,
- podanie o dokonanie przelewu na konto bankowe.

5. Podarunki emerytalne będą wypłacane po rozpatrzeniu wniosku przez komisję socjalną i zatwierdzeniu na najbliższym posiedzeniu Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu lub Prezydium DORPiP. Decyzja DORPiP we Wrocławiu lub Prezydium DORPiP zapada w postaci uchwały i jest ostateczna, nie podlega zaskarżeniu.
6. Podarunek emerytalny może być wypłacony :

- wnioskodawcy, po okazaniu dokumentu tożsamości w kasie Izby lub
- przelewem na wskazane przez wnioskodawcę konto bankowe.

§ 8

Pomoc finansowa otrzymana na podstawie nieprawdziwych oświadczeń lub fałszywych dowodów podlega zwrotowi wraz z odsetkami ustawowymi (art. 481 § 2 kc).

§ 9

1. Na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („Rozporządzenie") Administratorem danych osobowych zawartych we Wniosku o przyznanie zapomóg losowych i socjalnych dla członków Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu jest Dolnośląska Okręgowe Izby Pielęgniarek i Położnych, z siedzibą przy ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław, NIP: 896-10-03-222, REGON: 931019823, tel. +48 71 333 57 02, e-mail: info@doipip.wroc.pl - dalej zwana DOIPiP.
2. Przetwarzanie danych odbywa się na podstawie Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz na podstawie art. 4 ust. 2 pkt 15 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych.
3. Dane osobowe będą przetwarzane przez DOIPiP w następujących celach:

a. rozpatrzenia Wniosku i przyznanie refundacji na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c Rozporządzenia, tj. do wypełnienia obowiązku prawnego ciążącego na DOIPiP polegającego na wykonywaniu zadań samorządu pielęgniarek i położnych na obszarze działania DOIPIP oraz na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a, tj. wyrażonej zgody na przetwarzanie danych szczególnej kategorii,
b. komunikacji (e-mail, numer telefonu), na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia, tj. w związku z prawnie uzasadnionym interesem DOIPiP,
c. dochodzenia ewentualnych roszczeń na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f Rozporządzenia, tj. w związku z prawnie uzasadnionym interesem DOIPiP.

Pani/Pana dane mogą być udostępniane przez DOIPiP podmiotom i organom, którym DOIPiP jest zobowiązana lub upoważniona udostępnić dane osobowe na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, w tym podmiotom oraz organom uprawnionym do otrzymania od DOIPiP danych osobowych lub uprawnionych do żądania dostępu do danych osobowych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa m.in.:

1. Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych,
2. Ministerstwu Zdrowia,
3. Narodowemu Funduszowi Zdrowia,
4. Podmiotom które przetwarzają dane osobowe w imieniu administratora DOIPIP.

4. Podane przez Panią/Pana dane osobowe przechowywane będą wyłącznie przez okres niezbędny do realizacji świadczenia, tj.:

1. w celach związanych z przyznawaniem świadczenia – do momentu upływu przedawnienia roszczeń;
2. w celach podatkowych i rachunkowych – w zakresie i przez czas zgodny z obowiązującymi przepisami.

5. Pani/Pana danych DOIPiP nie przekazuje poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, Unii Europejskiej oraz Europejskiego Obszaru Gospodarczego.
6. W związku z przetwarzaniem przez DOIPiP Pani/Pana danych osobowych, przysługuje Pani/Panu, na zasadach i w przypadkach określonych w Rozporządzeniu prawo do:

a. dostępu do danych osobowych,
b. sprostowania danych osobowych,
c. usunięcia danych osobowych (prawo do bycia zapomnianym), co w przypadku adresu e-mail i numeru telefonu nie podlega ograniczeniom,
d. ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
e. przenoszenia danych,
f. wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych,
g. cofnięcia zgody na przetwarzanie adresu e-mail oraz telefonów dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem,
h. oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, gdy uzna Pani/Pan, że przetwarzanie danych osobowych narusza przepisy Rozporządzenia.

7. Podanie Pani/Pana danych osobowych jest wymogiem koniecznym do rozpatrzenia Wniosku oraz realizacji zadań samorządu pielęgniarek i położnych na obszarze działania DOIPiP. W przypadku numeru telefonu i adresu e-mail podanie tych danych jest dobrowolne i nie wpływa na wykonanie pozostałych celów przetwarzania. Niepodanie jednak tych danych, skutkuje niemożliwością kontaktowania się z Panem/Panią w sposób inny aniżeli za pomocą adresu do korespondencji.
8. Podane przez Panią/Pana dane osobowe należące do szczególnej kategorii danych, tj. dotyczące Pani/Pana stanu zdrowia przetwarzane są w oparciu o dobrowolnie wyrażoną zgodę na przetwarzanie tych danych. Wyrażenie

zgody jest dobrowolne jednak jej niewyrażenie będzie skutkowało odmową rozpatrzenia wniosku. Zgodę można odwołać kontaktując się z Inspektorem Ochrony Danych Osobowych pisząc na adres mailowy iod@doipip.wroc.pl lub wysyłać pismo bezpośrednio na adres siedziby DOIPiP.

9. Pani/Pana dane osobowe nie będą przetwarzane w sposób zautomatyzowany oraz nie będą profilowane.
10. W DOIPiP został powołany Inspektor Ochrony Danych. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych możliwy jest za pomocą adresu e-mail: iod@doipip.wroc.pl oraz w biurze Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, mieszczącym się we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 50. Dane dotyczące Inspektora Ochrony Danych są dostępne na stronie internetowej DOIPiP w zakładce „Kontakt."

§ 10

W sprawach nieuregulowanych w regulaminie decyzję podejmuje Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

§ 11

Regulamin wchodzi w życie z dniem 17.06.2023 roku

WYSOKOŚĆ PRZYZNAWANYCH ZAPOMÓG:

Wysokość przyznanej zapomogi wynosi:

1. W przypadku ciężkiej choroby, a szczególnie choroby nowotworowej wysokość zapomogi wynosi: pierwszorazowo 2 000,00 zł , kolejna 1 300,00 zł.
2. W przypadku nieuleczalnej długotrwałej choroby wysokość zapomogi wynosi pierwszorazowo 1700,00 zł. kolejna 800,00 zł.
3. W przypadku zdarzenia losowego powodującego znaczne straty poszkodowanego (kradzież, pożar, itp.) kwota zapomogi wynosi: w zależności od udokumentowanej straty do 2 000,00 zł.
4. W przypadku wypadku losowego powodującego utratę zdrowia, uszczerbek na zdrowiu, kalectwo, niemożność powrotu do pracy - wysokość zapomogi wynosi od 1000,00 zł. do 2000,00 zł.
5. W przypadku zabiegów rehabilitacyjnych lub fizykoterapii kwota pomocy finansowej wynosi równowartość okazanych rachunków, jednak nie więcej niż 1000,00 zł
6. W przypadku urodzenia dziecka przez członka samorządu lub współmałżonka lub przysposobienia dziecka przez członka samorządu wysokość zapomogi wynosi 1000,00 zł
7. W przypadku śmierci członka samorządu wysokość zapomogi wynosi 800,00 zł.
8. W przypadku śmierci współmałżonka lub dziecka członka samorządu wysokość zapomogi wynosi 1000,00 zł.
9. Wysokość finansowego podarunku emerytalnego wynosi 1000,00 zł.
10. W przypadkach wyjątkowych, pozostawionych do oceny Komisji Socjalnej, w szczególności jak: choroba wymagająca leczenia lekami nierefundowanymi lub innowacyjnymi metodami, utraty mienia w wyniku zdarzeń losowych znacznej wartości, przyznaje się zapomogę w wysokości nieprzekraczającej kwoty zapomogi losowej wolnej od podatku dochodowego od osób fizycznych.

PLAN KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH OBEJMUJĄCY OFERTĘ SZKOLEŃ BEZPŁATNYCH NA II PÓŁROCZE 2023 ROKU

Krystyna Łukowicz - Domagalska
Kierownik Działu Kształcenia DOIPiP

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE PLANOWANE

Lp.	Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Koszt od uczestnika pełnopłatnego PLN		Planowana liczba edycji specjalizacji	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji specjalizacji (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Planowane terminy zakończenia specjalizacji (miesiąc, rok)
			Z DOIPiP	SPOZA DOIPiP			*nieodpłatnych*	*pełnopłatnych*	
1.	Pielęgniarstwo ginekologiczno-położnicze dla położnych	Wrocław	3700	3750	1	28.10.2023	25	15	28.02.2025
2.	Pielęgniarstwo psychiatryczne dla pielęgniarek	Wrocław	3500	3550	1	28.10.2023	25	15	28.02.2025
3.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek	Wrocław	3500	3550	1	26.11.2023	25	15	26.03.2025

KURSY KWALIFIKACYJNE PLANOWANE

Lp.	Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Koszt od uczestnika pełnopłatnego PLN		Planowana liczba edycji specjalizacji	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji specjalizacji (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Planowane terminy zakończenia specjalizacji (miesiąc, rok)
			Z DOIPiP	SPOZA DOIPiP			*nieodpłatnych*	*pełnopłatnych*	
1.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej dla pielęgniarek	Wrocław	1800	1900	1	07.10.2023	25	15	19.12.2023

KURSY SPECJALISTYCZNE PLANOWANE

Lp.	Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Koszt od uczestnika pełnopłatnego PLN		Planowana liczba edycji kursu	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji kursów (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Planowane terminy zakończenia kursów (miesiąc, rok)
			Z DOIPiP	SPOZA DOIPiP			*nieodpłatnych*	*pełnopłatnych*	
1.	Opieka nad pacjentem z chorobami zakaźnymi szczególnie niebezpiecznymi i wysoce zakaźnymi dla pielęgniarek	Wrocław	PROJEKT UE	-	4	23.09.2023 14.10.2023 28.10.2023 18.11.2023	32 32 32 32	-	31.10.2023 17.11.2023 30.11.2023 21.12.2023
2.	Wywiad i badanie fizykalne dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	PROJEKT UE	-	1	02.10.2023	32	-	30.11.2023
3.	Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	PROJEKT UE	-	3	05.09.2023 09.10.2023 07.11.2023	32 32 32	-	27.10.2023 30.11.2023 22.12.2023
4.	Resuscytacja oddechowo – krążeniowa noworodka dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	PROJEKT UE	-	1	04.11.2023	32	-	29.11.2023
5.	Wsparcie psychologiczne pacjenta i jego rodziny dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	PROJEKT UE	-	1	09.09.2023	32	-	31.10.2023
6.	Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu dla położnych	Wrocław	PROJEKT UE	-	3	16.09.2023 14.10.2023 06.11.2023	32 32 32	-	28.10 2023 25.11.2023 16.12.2023
7.	Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	350	400	1	07.10.2023	25	15	21.11.2023
8.	Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	350	400	1	21.10.2023	25	15	04.12.2023
9.	Opieka pielęgniarska nad chorymi dorosłymi w leczeniu systemowym nowotworów dla pielęgniarek i położnych	Wrocław	350	400	1	17.11.2023	25	15	19.12.2023

KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE PLANOWANE

Lp.	Dziedzina	Miejsce prowadzenia kształcenia	Koszt od uczestnika pełnopłatnego PLN		Planowana liczba edycji kursu	Planowane terminy rozpoczęcia poszczególnych edycji kursów (miesiąc, rok)	Liczba uczestników, w tym:		Planowane terminy zakończenia kursów (miesiąc, rok)
			Z DOIPiP	SPOZA DOIPiP			*nieodpłatnych*	*pełnopłatnych*	
1.	Obsługa i pielęgnacja portów naczyniowych dla pielęgniarek	Wrocław	100	150	1	20.10.2023	25	15	30.10.2023

Organizator Kształcenia zastrzega sobie prawo do modyfikacji planu kształcenia w zakresie zmiany dziedziny kursu/specjalizacji lub planowanego terminu realizacji w zależności od naboru na daną formę kształcenia.

UWAGA! W związku ze zmianą Rozporządzenia MZ z dn. 14.03.2022 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych wnioski
o zakwalifikowanie do egzaminu państwowego składa się do CKPPiP w terminach:
- do dnia 31 maja (na egzaminy w sesji jesiennej)
- do dnia 30 listopada (na egzaminy w sesji wiosennej).

OPINIA PRAWNA

W PRZEDMIOCIE KONTYNUOWANIA WYKONYWANIA ZAWODU PIELĘGNIARKI/ POŁOŻNEJ W TRYBIE ART. 26 UST. 5 USTAWY O ZAWODACH PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ PO DNIU 1 LIPCA 2023 R.

M.D. LEGAL SOLUTIONS, MONIKA DRAB, KANCELARIA RADCOWSKA

1. ZAKRES OPINII

Zgodnie z uzyskanym zapytaniem, przedmiotem niniejszej opinii jest udzielenie odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy jeżeli pielęgniarka/położna **skorzystała** już z regulacji art. 26 ust. 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (dalej jako **„Ustawa"**) i przed 1 lipca 2023 r. (dzień odwołania stanu zagrożenia epidemicznego) udzielała świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej przez 3 miesiące, to musi ponownie odbywać przeszkolenie po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego na podstawie art. 26 ust. 1 Ustawy?
2. Czy jeżeli pielęgniarka/położna rozpoczęła wykonywanie zawodu w trybie art. 26 ust. 5 Ustawy przed dniem 1 lipca 2023r. jako dniem odwołania stanu zagrożenia epidemicznego ale **nie upłynęły jeszcze 3 miesiące** udzielania przez nią świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej, to kontynuując po dniu 1 lipca 2023 r. wykonywanie zawodu uzyska jego odnowienie?
3. Czy jeżeli pielęgniarka/położna **chce po przerwie powrócić do zawodu, to po 1 lipca 2023 r.** będzie mogła skorzystać z warunku trzech miesięcy wykonywania zawodu (wskazanego w art. 26 ust. 5 Ustawy) czy też osoba ta będzie zobowiązana odbyć przeszkolenie po przerwie wg. zasad określonych w art. 26 ust. 1 Ustawy?

2. ANALIZA I ODPOWIEDZI NA PYTANIA

Regulacja art. 26 ust. 5 Ustawy została wprowadzona na mocy ustawy z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych.

J ak wskazano w uzasadnieniu do wprowadzonej zamiany:

Generalnie wprowadza się dwa rodzaje rozwiązań: 1) rozwiązanie stałe, 2) rozwiązanie incydentalne. Ponadto, przepisy projektu ustawy wprowadzają regulację upraszczające zasady powrotu do zawodu medycznego osobom mającym przerwę w wykonywaniu danego zawodu dłuższą niż 5 lat przez zastąpienie obowiązku odbycia przeszkolenia, wykonywaniem zawodu pod nadzorem innej osoby wykonujące zawód medyczny. Podobne regulacje zostały wprowadzone w przypadku lekarzy i lekarzy dentystów, w stosunku do których samorząd zawodowy powziął decyzję o konieczności szkolenia uzupełniającego przygotowanie zawodowe - w tym przypadku również przeszkolenie to zastępuje się pracą pod nadzorem w pierwszym okresie zatrudnienia.

Oczywiście, podstawą zmian było maksymalne uproszczenie zasad przy zachowaniu niezbędnego poziomu bezpieczeństwa wobec pilnej potrzeby wzmocnienia dotychczasowych zasobów kadrowych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Dlatego, przepis art. 26 ust. 5 wskazanej wyżej ustawy stanowi, że w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii pielęgniarka lub położna, która nie wykonuje zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, **jest zwolniona z odbycia przeszkolenia**, o którym mowa w ust. 1 tego artykułu, **pod warunkiem**, że przez pierwsze 3 miesiące wykonywania zawodu udziela świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej.

Zatem, odpowiadając na postawione pytania:

Ad 1.

Jeżeli pielęgniarka/położna skorzystała już z omawianej regulacji i przed 1 lipca 2023 r. (dzień odwołania stanu zagrożenia epidemicznego) udzielała świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej przez 3 miesiące, to nie musi ponownie odbywać przeszkolenia po odwołaniu stanu zagrożenia epidemicznego. Stała się bowiem z mocy prawa pielęgniarką/położną, która powróciła do wykonywania zawodu i przez odwołanie stanu zagrożenia epidemicznego nie utraci tego statusu. Może kontynuować wykonywanie zawodu.

Ad 2.

Jeżeli pielęgniarka/położna rozpoczęła wykonywanie zawodu w trybie art. 26 ust. 5 Ustawy przed dniem 1 lipca 2023r. jako dniem odwołania stanu zagrożenia epidemicznego ale **nie upłynęły jeszcze 3 miesiące** udzielania przez nią świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej, to powinna po dniu 1 lipca 2023 r. kontynuować wykonywanie zawodu celem odnowienia prawa do zawodu, co nastąpi już po dniu 1 lipca 2023 r. Należy w tym przypadku uwzględnić zasadę ochrony praw słusznie nabytych.

Zasada ta wywodzi się z ogólnej zasady państwa prawnego, na równi z dwiema innymi fundamentalnymi zasadami ustrojowymi – państwa demokratycznego i państwa sprawiedliwego. Zasady te są obecnie wyrażone w art. 2 Konstytucji RP.

Na treść tej zasady składa się szereg zasad, które nie zostały ujęte expressis verbis w Konstytucji, ale które wynikają z istoty demokratycznego państwa prawnego. Do zasad tych należy zasada ochrony zaufania obywatela do państwa i do stanowionego przez nie prawa, z której wynikają liczne dalsze zasady szczegółowe, m. in. zasada poszanowania praw nabytych. U podstaw poszanowania praw nabytych znajduje się **dążenie do zapewnienia jednostce bezpieczeństwa prawnego i umożliwienia jej racjonalnego planowania przyszłych działań.**

Pielęgniarka/położna, która przed dniem 1 lipca 2023 r. zaplanowała, że po przerwie w wykonywaniu zawodu chce do niego powrócić i rozpoczęła już udzielanie świadczeń zdrowotnych pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej, ma prawo skorzystać z uproszczonej drogi do odnowienia prawa do zawodu na mocy art. 26 ust. 5 Ustawy. Korzysta bowiem w tym przypadku z prawa nabytego w czasie stanu zagrożenia epidemicznego.

Ad 3.

Natomiast w sytuacji, gdy pielęgniarka/położna nie rozpoczęła do dnia 1 lipca 2023 r. wykonywania zawodu wskazanego w art. 26 ust. 5 ww. ustawy pod nadzorem innej pielęgniarki lub położnej to będzie zobowiązana odbyć przeszkolenie po przerwie wg zasad określonych w art. 26 ust.1 Ustawy bowiem przepis art. 26 ust. 5 Ustawy nie będzie miał do niej w ogóle zastosowania jako, że w czasie stanu zagrożenia epidemicznego nie rozpoczęła korzystania z uprawnienia do odnowienia prawa do zawodu.

KOMUNIKAT

Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych

W związku z planowanym odwołaniem stanu zagrożenia epidemicznego z dniem 1 lipca 2023 roku informujemy, iż zgodnie z art. 15zd ust. 1 oraz ust. 3 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095 z późn. zm.):

„Jeżeli ostatni dzień okresu pobytu cudzoziemca na podstawie wizy krajowej przypada w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, ogłoszonego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, okres pobytu na podstawie tej wizy oraz okres ważności tej wizy ulega przedłużeniu z mocy prawa do upływu 30. dnia następującego po dniu odwołania tego ze stanów, który obowiązywał jako ostatni.

„Jeżeli ostatni dzień okresu ważności zezwolenia na pobyt czasowy przypada w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, ogłoszonego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, okres ważności tego zezwolenia ulega przedłużeniu z mocy prawa do upływu 30. dnia następującego po dniu odwołania tego ze stanów, który obowiązywał jako ostatni."

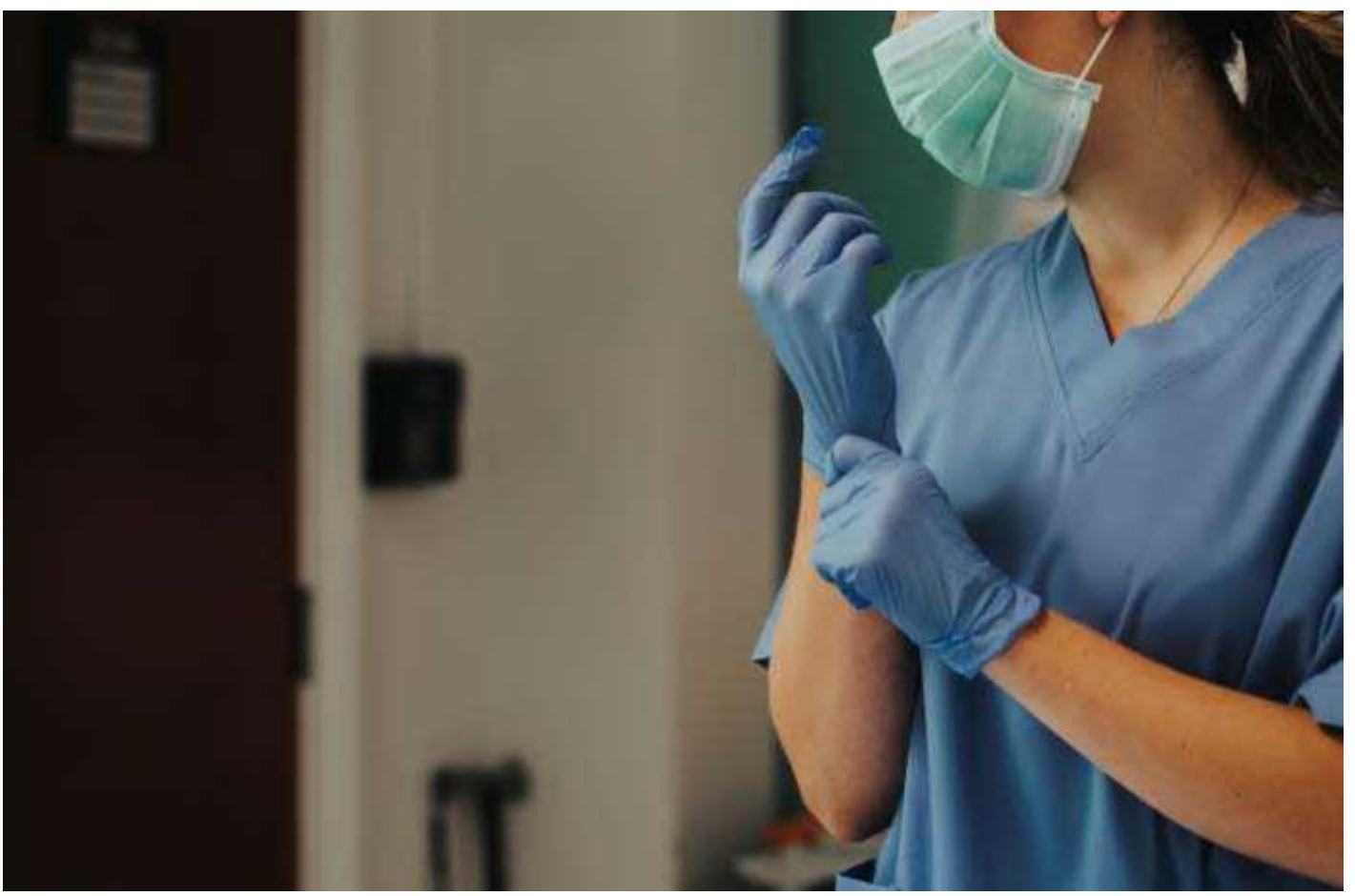
Pielęgniarki lub położne, będące cudzoziemcami, którym zostało przyznane prawo wykonywania zawodu na czas określony, na podstawie wizy krajowej albo zezwolenia na pobyt czasowy, a których ważność została przedłużona zgodnie z ww. przepisami przedmiotowej ustawy powinny pamiętać, że ich prawo wykonywania zawodu straci ważność z dniem upływu 30 dnia od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego. Po wygaśnięciu prawa wykonywania zawodu przyznanego na czas określony nie mogą one wykonywać zawodu.

Jednocześnie informujemy, iż zgodnie z art. 42 ust. 3a i 5a ustawy z 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 103 ze zm.) – w brzmieniu obowiązującym od dnia 27 czerwca 2023 r. - jeżeli ostatni dzień okresu pobytu obywatela Ukrainy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie wizy krajowej/ostatni dzień okresu ważności zezwolenia na pobyt czasowy udzielonego obywatelowi Ukrainy przypada w okresie od dnia 24 lutego 2022 r., okres pobytu na podstawie tej wizy oraz okres ważności tej wizy/okres ważności tego zezwolenia ulegają przedłużeniu z mocy prawa **do dnia 4 marca 2024 r.**

Wobec powyższego ww. **obywatele Ukrainy**, których prawo wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej wygaśnie wraz z upływem 30 dnia od dnia odwołania stanu zagrożenia epidemicznego będą mogły ubiegać się o przyznanie nowego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej na czas określony z terminem wynikającym z ww. przepisu prawa - do dnia 4 marca 2024 r. Osoby te nie będą musiały przedkładać żadnych dodatkowych dokumentów pobytowych.

Powyższe dotyczy wyłącznie przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej w trybie **art. 35** ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

Sugerujemy, aby pozostałe osoby (obywatele innych krajów niż Ukraina) niezwłocznie wystąpiły o zalegalizowanie swojego pobytu w Polsce. Po uzyskaniu nowego dokumentu pobytowego osoby te powinny złożyć wniosek o przyznanie nowego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej w trybie art. 35 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.



PREZENTACJA KÓŁ PTP

KOŁO PTP PRZY KATEDRZE PIELĘGNIARSTWA I POŁOŻNICTWA UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU

Elżbieta Garwacka-Czachor
Przewodnicząca Oddziału PTP we Wrocławiu.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie (PTP) powstało w 1957 roku, w tym samym roku utworzono Oddział we Wrocławiu. Najwyższą władzą jest Krajowy Zjazd Delegatów, a władzami naczelnymi Zarząd Główny oraz Główna Komisja Rewizyjna. Zarząd Główny powołuje Oddziały, a te powołują Koła terenowe. Aktualnie w strukturze wrocławskiego Oddziału PTP jest 10 Kół. W tym numerze biuletynu rozpoczynamy ich prezentację.

Jako pierwsze przedstawiamy Koło najmłodsze, utworzone 16 czerwca 2023 roku przy Katedrze Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu.

Zarząd Koła:
Przewodnicząca
- dr n. o zdr. Aleksandra Kołtuniuk
Wiceprzewodniczący
-dr n. o zdr. Stanisław Manulik
Sekretarz
- dr n. o zdr. Katarzyna Malewicz
Skarbnik
- dr n. o zdr. Adriana Borodzicz
Członek
- dr n o zdr. Edyta Ośmiałowska

Komisja Rewizyjna:
Przewodnicząca
- mgr Katarzyna Salik
Członkowie
- dr n. o zdr. Jerzy Twardak
- dr n. med. Anna Felińczak

W zebraniu założycielskim Koła brała udział w roli obserwatora również mgr Helena Wilkosz – przedstawicielka Zarządu Oddziału PTP we Wrocławiu.

Koło PTP przy Katedrze Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu za cel główny swojej działalności przyjęło propagowanie pielęgniarstwa na arenie krajowej i międzynarodowej. Członkowie Koła PTP będą prowadzić badania i upowszechniać ich wyniki w zakresie m.in. jakości życia w chorobach przewlekłych, przestrzegania zaleceń terapeutycznych, problemu jakości usług pielęgniarskich, problemu wypalenie zawodowego oraz zjawiska racjonowania opieki pielęgniarskiej. Członkowie Koła będą inicjować powstawanie standardów i wytycznych dla codziennej praktyki pielęgniarskiej. Ponadto w ramach działalności Koła PTP będzie podejmowana aktywność na rzecz szerzenia celów Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego wśród studentów kierunku pielęgniarstwo.

Cieszymy się bardzo z powstania nowego Koła i z radością witamy w szeregach Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego nowych Członków. Gratulujemy i życzymy niegasnącej motywacji do realizacji wszystkich celów.

ROLA KOMUNIKACJI W OPIECE NAD PACJENTEM Z CHOROBĄ AFEKTYWNĄ DWUBIEGUNOWĄ

Karolina Baszyńska
Studentka pielęgniarstwa II° w PWSZ w Głogowie
Przewodnicząca Studenckiego Koła PTP

Współczesna pielęgniarka charakteryzuje się samodzielnością podejmowanych działań z zakresu pielęgnowania pacjenta. Będąc aktywnym członkiem zespołu interdyscyplinarnego bezpośrednio współpracuje z chorym, a realizowana przez nią opieka jest zindywidualizowana i holistyczna. Pielęgniarka opiekując się pacjentem pełni funkcje: opiekuńczą, wychowawczą, profilaktyczną, terapeutyczną, rehabilitacyjną oraz promowania zdrowia.

Od pielęgniarki psychiatrycznej wymaga się specyficznych umiejętności – nie tylko specjalistycznego przygotowania oraz ciągłego podnoszenia swoich kwalifikacji, ale przede wszystkim postawy szacunku wobec chorego psychicznie, wykazywanie szczególnej ostrożności oraz dbałości o dobro pacjenta, poszanowanie jego praw. Wynika to z etycznych aspektów praktyki zawodowej oraz zadań będących następstwem treści ustawy o ochronie zdrowia psychicznego. Osoby z chorobami psychicznymi są niejednokrotnie marginalizowane. Społeczeństwo nie rozumiejąc istoty chorób psychicznych traktuje ich wrogo, z pogardą i strachem, przez co chorzy odczuwają wewnętrzne niebezpieczeństwo, brak wsparcia, zrozumienia czy możliwości uzyskania pomocy od innych. Odczuwają lęk przed obnażeniem i zależnością od osób trzecich, jednocześnie bardzo potrzebują kontaktu i opieki – dlatego też pielęgniarka opiekująca się pacjentami z zaburzeniami psychicznymi musi umieć budzić zaufanie, budować bezpieczeństwo, akceptować i empatycznie rozumieć chorego.

Ocena stanu psychicznego pacjenta oraz wywiad psychiatryczny

Intencją badania psychiatrycznego jest postawienie diagnozy i ustalenie planu leczenia – dokonuje tego lekarz. Ocena stanu psychicznego pacjenta jest również sposobnością do nawiązania z chorym kontaktu i wytworzenia terapeutycznej relacji. Z tego powodu istotne jest, aby pielęgniarka znała cele i zasady badania psychiatrycznego. Podczas oceny stanu psychicznego chorego obserwuje się: wygląd pacjenta, stosunek pacjenta do badającego, aktywność psychoruchową, język, mowę, nastrój i afekt, postrzeganie, tok oraz treść myślenia, wgląd w siebie, krytycyzm. Dokonuje się także oceny funkcji poznawczych, tj. koncentracji, pamięci, orientacji auto- oraz allopsychicznej. Pielęgniarka towarzysząc choremu ma możliwość ciągłej obserwacji i oceny stanu psychicznego pacjenta, nie tylko podczas badania lekarskiego. Wszystkie informacje na temat pacjenta uzyskane w toku oceny stanu psychicznego są istotne z punktu widzenia opieki pielęgniarskiej i procesu pielęgnowania chorego.

Celem wywiadu psychiatrycznego jest zebranie możliwie jak najbardziej obszernych informacji na temat pacjenta potrzebnych do postawienia prawidłowego rozpoznania, a następnie ustalenia planu terapeutycznego. Informacje pochodzą od pacjenta oraz osób z jego najbliższego otoczenia, mają zatem subiektywny charakter. Wywiad służąc nawiązaniu kontaktu terapeutycznego nie może być nieprzyjemnym doświadczeniem dla chorego, czy jego bliskich.

Wywiad opiera się na zebraniu informacji dotyczących:

- danych osobowych,
- danych rodzinnych,
- środowiska pacjenta,
- danych dotyczących ciąży, porodu oraz wczesnego dzieciństwa chorego,
- danych z okresu nauki szkolnej,
- okresu dojrzałości (od ukończenia nauki i rozpoczęcia pracy zawodowej),
- przebytych chorób,
- osobowości przed wystąpieniem choroby,
- obecnej choroby.

Komunikowanie terapeutyczne

Istotnym czynnikiem medycyny zorientowanej na pacjenta (przez wiele lat pomijanym) jest skuteczna komunikacja, zarówno pomiędzy personelem medycznym, jak i w relacji personel – pacjent. Jakość komunikacji jako podstawowego elementu świadczeń medycznych przekłada się na efekty leczenia i pielęgnowania, skuteczność procesu terapeutycznego i pielęgnacyjnego oraz osiąganie pożądanych, zadowalających efektów założonych celów terapeutycznych. W przypadku pomocy osobom doświadczającym problemów natury psychicznej stanowi ona fundamentalne znaczenie. Komunikacja terapeutyczna doczekała się większego zainteresowania w powszechnej praktyce klinicznej oraz w przebiegu kształcenia profesjonalistów, w tym pielęgniarek, jest przedmiotem coraz częściej omawianym w literaturze. W ogólnym ujęciu komunikacja terapeutyczna „odnosi się do wszelkich niespecyficznych oddziaływań o psychologicznym charakterze towarzyszących leczeniu". M. Motyka proponuje węższe znaczenie tego terminu jako „synonim świadomych i zamierzonych oddziaływań psychologicznych stosowanych przez nie psychologów (a więc lekarzy, pielęgniarki i położne, fizjoterapeutów i ratowników medycznych) w celu wspomagania terapii medycznej środkami psychologicznymi zintegrowanymi z prowadzoną terapią lub innymi formami opieki medycznej". Najważniejsze zamierzenia komunikacji terapeutycznej stanowią trzy ściśle powiązane ze sobą zadania: łagodzenie stresu choroby, rozwijanie osobistych zasobów chorego, polepszenie współpracy z podopiecznym.

Najważniejszymi technikami komunikowania się z chorym psychicznie są: dostrzeganie pacjenta i spostrzeganie u niego zmian, identyfikowanie mocnych stron, aktywne słuchanie, oferowanie siebie, informowanie, wyjaśnianie i uzgadnianie znaczeń, klaryfikacja, odzwierciedlenie, poświadczenie, parafrazowanie, wspieranie, interpretowanie, podsumowanie, budowanie nadziei i pocieszanie, umożliwienie szerokiego otwarcia i zachęcanie do kontynuowania, urealnianie i słowne wyrażanie wątpliwości, proponowanie współpracy i planowanie, milczenie terapeutyczne. Pielęgniarki, będąc osobami towarzyszącymi pacjentowi choremu psychicznie powinny wykazywać się znajomością technik komunikowania się, a także umiejętnością posługiwania się nimi.

Poprawne wypełnianie obowiązków zawodowych i skuteczność działań terapeutycznych są uzależnione od uwarunkowań osobowościowych zespołu terapeutycznego. Wymienia się takie cechy, jak: akceptacja i tolerancja, samoocena i autentyczność, empatia, budowanie relacji terapeutycznej, umiejętność pomagania i rozwiązywania konfliktów. Predyspozycje te wymagane są w każdej dziedzinie me-

dycyny i od wszystkich członków zespołu terapeutycznego, jednak ze względu na wysoką wrażliwość i specyficzne potrzeby pacjentów psychiatrycznych, muszą być one szczególnie rozwinięte w pracy z osobami chorymi psychicznie.

Specyfika komunikowania się pielęgniarki z pacjentem z chorobą afektywną dwubiegunową

W relacji z pacjentem w epizodzie depresyjnym pierwszorzędną rolę odgrywa kontakt emocjonalny (z podkreśleniem ważności kontaktu niewerbalnego). Czas i towarzyszenie - są podstawowymi elementami o jakie powinna się ta relacja opierać. Podczas terapeutycznego kontaktu warto zadbać o wyciszenie emocji, przybranie postawy spokoju, okazanie zainteresowania, otoczenie pacjenta opieką – zapewni to choremu poczucie bezpieczeństwa i umożliwi zdrowienie. Od pielęgniarki komunikującej się z pacjentem wymaga się empatii, taktu, cierpliwości oraz zrozumienia dla bezradności, która go ogarnia. Jest to nie tylko serdeczna postawa wobec pacjenta, ale działanie minimalizujące ryzyko samobójstwa - zatem postępowanie ratujące życie.

Pacjent w epizodzie maniakalnym w przebiegu ChAD jest pobudzony, często agresywny. W kontakcie z osobą w stanie manii/hipomanii ważne jest zatem zachowanie profesjonalizmu, który w tym kontekście rozumiany jest jako profilaktyka zachowań agresywnych oraz przepracowanie niepożądanych epizodów, które się wydarzyły, a nie tylko reagowanie na bezpośrednie zdarzenia kryzysowe.

Wybuch agresji u pacjenta psychiatrycznego rzadko jest nagły i nieoczekiwany – pielęgniarka z wrażliwością na dostrzeganie zmian zachodzących w osobowości pacjenta jest w stanie przewidzieć wybuch agresji. Zazwyczaj agresywne zachowanie wynika z silnego stresu, poprzedzone jest: podniesionym tonem głosu, mówieniem w trybie rozkazującym, stawianiem sprzeciwu i oporu, łamaniem przez chorego dotychczasowych zasad w komunikacji oraz łamaniem reguł obowiązujących w placówce. Można dostrzec zachowania podopiecznego, które przeczą dotychczasowo osiągniętemu poziomowi współpracy z zespołem terapeutycznym, próby zastraszania, uszkadzanie wyposażenia znajdującego się w otoczeniu chorego. Niepokojące i alarmujące będzie również odmienne zachowanie pacjenta - pozostawanie w bezruchu, brak reakcji na bodźce zewnętrzne, wpatrywanie się w jeden punkt. Zachowanie takie jest oznaką braku odniesienia spostrzegania do realności, tzw. wewnętrznej fragmentacji chorego. Może dojść do błędnej interpretacji rzeczywistości i niekontrolowanej reakcji w postaci agresji.

Ograniczenie do minimum stosowania rozwiązań siłowych wobec pacjenta chorego psychicznie stanowi zasadę profesjonalnej pomocy. Zastosowanie przymusu bezpośredniego bywa jedynym rozwiązaniem u pacjentów z psychozą. Głównymi zasadami komunikacji z pacjentem agresywnym są: powstrzymanie się od przyjmowania postawy osądzającej, nie przyjmowanie postawy wyższości i przewagi nad pacjentem (wynikającej z dostępu do środków bezpośredniego przymusu), unikanie długiego kontaktu wzrokowego, nie przyjmowanie groźnych postaw i mimiki twarzy, unikanie przekrzykiwania chorego, okazywanie przyjaznych gestów. Aby chory nie poczuł się „zamknięty w pułapce", osoba komunikująca się z pacjentem agresywnym nie powinna blokować dostępu do wyjścia z pomieszczenia, za to powinna wyrażać chęć pomocy pacjentowi w odzyskaniu przez niego samokontroli.

Komunikowanie się z rodziną chorego psychicznie

Rodzina stanowi swoistego rodzaju wspólnotę - małą, naturalną grupę społeczną, stanowiącą względnie trwałą całość. Członkowie rodziny formują sieć wzajemnego wsparcia pomagając sobie w trudnych sytuacjach, tworzy naturalną grupę samopomocową. Choroba jednego członka rodziny wpływa na pozostałe jej ogniwa. Rodzina odgrywa znaczącą rolę w dalszym przebiegu choroby i procesie zdrowienia pacjenta chorego psychicznie. Ważnym i wręcz koniecznym elementem terapeutycznym jest zatem ujęcie członków rodziny w przekazywaniu informacji na temat choroby oraz w psychoedukacji. Istotne jest, aby każda próba radzenia sobie rodziny z problemem została uszanowana przez osobę udzielającą pomocy. W przewlekłym przebiegu choroby (jaką bez wątpienia jest choroba afektywna dwubiegunowa) rodzina czuje emocjonalny, behawioralny, a także i finansowy ciężar, co skutkuje zmęczeniem oraz wyczerpaniem członków rodziny. Bliscy chorego pozostawieni bez pomocy są bezradni wobec samego rozumienia choroby, jej przebiegu, jak i sposobu komunikowania się z chorym. W aspekcie społecznym następuje poczucie wstydu oraz chęć izolacji. Członkowie rodziny mogą odczuwać obawę, że nie podołają wywiązania się z zadań, które przed zachorowaniem realizował pacjent. Poprawny kontakt terapeutyczny z rodziną przyczynia się do większej skuteczności podjętych działań, a warunkiem tej współpracy jest empatia, życzliwość i autentyczność (oparta na otwartości i szczerości) osoby udzielającej pomocy. Zasady terapeutycznej komunikacji z rodziną pacjenta są tożsame, jak w komunikacji z samym pacjentem – należy wystrzegać się postawy oceniającej, przyjmowania sztucznej postawy i przedmiotowego traktowania. Kontakt pielęgniarki z rodziną podopiecznego o charakterze empatycznym umożliwia rozeznanie w sytuacji domowej oraz w zmianach, jakie zaszły w sytuacji rodzinnej na skutek zachorowania członka rodziny.

Podsumowanie

Zasadniczą rolę w pomocy osobom chorym psychicznie odgrywa komunikacja terapeutyczna. Pielęgniarki pracujące w oddziałach lecznictwa psychiatrycznego, ze względu na wysoką wrażliwość i specyficzne potrzeby tych pacjentów, muszą wykazywać znajomość oraz umiejętność posługiwania się technikami komunikowania, a także powinny posiadać szczególnie rozwinięte predyspozycje w pracy z chorymi psychicznie. Kluczową rolę w procesie zdrowienia chorego z zaburzeniami afektywnymi odgrywa obecność, zrozumienie i wsparcie rodziny.

Literatura u autorki.

ROLA BEZPIECZNEGO SPRZĘTU I RAPORTOWANIA W PRACY PIELĘGNIARKI: ZAPEWNIENIE OCHRONY PACJENTOM I PERSONELOWI MEDYCZNEMU

www.nipip.pl

Pielęgniarki odgrywają kluczową rolę w zapewnianiu kompleksowej opieki zdrowotnej pacjentom. Dlatego tak ważne jest właściwe, bezpieczne środowisko szpitalne pracowników medycznych. Pielęgniarki najbardziej obawiają się zakażeń, nie tych przenoszonych drogą oddechową. Z racji kontaktu z pacjentem największym zagrożeniem są wirusy przenoszone drogą krwiopochodną związane z pracą pielęgniarek. Ponad 70% placówek medycznych nie stosuje tępych igieł do przygotowywania leków, przy czym jedynie 33% z nich wykorzystuje bezpieczny sprzęt w większości leków.[1]

Jak często lekarze i pielęgniarki ulegają zranieniom i zakłuciom w pracy?

Pracownicy ochrony zdrowia są grupą szczególnie narażoną na m.in. ekspozycję na materiał biologiczny, zakłucia i zranienia ostrymi narzędziami, kontakt z toksycznymi lekami oraz stres. W polskich szpitalach blisko 70% personelu medycznego zraniło się nawet do pięć razy podczas swojego stażu pracy, z czego 40% nie zgłosiło tego przełożonym. Bezpieczeństwo personelu medycznego, w tym ograniczenie zdarzeń niepożądanych oraz innych ryzyk takich, jak kontakt z substancjami cytotoksycznymi, UE stawia za jeden z priorytetów na najbliższe lata. Istotne jest zatem wpisanie w polityki na rzecz jakości i bezpieczeństwa w placówkach medycznych również ocenę bezpieczeństwa personelu medycznego.

Dane WHO pokazują, że pracownicy medyczni ulegają zranieniom. Dlatego na szczeblu Unii Europejskiej oraz w Polsce zostały podjęte działania legislacyjne, które mają na celu ograniczenie ryzyka zranień związanych z używaniem sprzętu medycznego. Rola bezpiecznego sprzętu i raportowania jest niezwykle istotna, ponieważ pomaga zminimalizować ryzyko wystąpienia niebezpiecznych sytuacji i incydentów w miejscu pracy.

„W polskich placówkach ochrony zdrowia codziennie dochodzi do około stu zranień związanych z używaniem sprzętu medycznego przez pracowników ochrony zdrowia. Oznacza to, że na sto łóżek szpitalnych rocznie przypada od 12 do 30 zakłuć. Te dane są zatrważające. Chociaż od kilku lat przepisy nakładają na dyrekcje placówek obowiązek zapewnienia pracownikom bezpiecznego kontaktu z ostrymi narzędziami, to zdaniem ekspertów w tym zakresie niewiele się zmieniło” – **komentuje dr n. med. i n. o zdr. Paweł Witt, Przewodniczący Rady Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali.**

Z przeprowadzonego badania epidemiologicznego w 2018 roku wynika, iż główną przyczyną zranień wśród personelu medycznego jest ostra igła. Stanowi prawie 36%. Na drugim miejscu są ampułki z lekiem, zaś na trzecim miejscu jest igła (typu pen). Za zranienia wśród pracowników medycznych odpowiedzialny jest również taki sprzęt jak nożyczki, igły do szycia czy zestaw do infuzji.

W badaniu zapytano o najczęstszą przyczynę zranień. Wyniki pokazały, że są to najczęściej pośpiech, tempo pracy, zmęczenie, zdenerwowanie oraz roztargnienie. Są również przyczyny nie psychologiczne jak brak bezpiecznego sprzętu, nieprzestrzeganie procedur czy niedopasowane rękawiczki. Co gorsze, aż 30% pielęgniarek nie zgłasza incydentów dotyczących zakłuć i zranień. Dlaczego tak się dzieje?

„Zranienia to nie tylko aspekt zdrowotny, czyli sytuacje związane z nabyciem choroby, lękiem, strachem, absencji w pracy. Na stanowisku pracy powinno być sprecyzowane ryzyko, żeby móc maksymalnie obronić się przed niebezpiecznymi sytuacjami. Skala ryzyka występowania zjawiska zależy od decyzji jaka zostanie podjęta na szczeblu zarządzającym podmiotem leczniczym” – **komentuje dr n. med. Anna Szczypta, Krajowa Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.**

Rola bezpiecznego sprzętu

Korzystanie z odpowiednio zaprojektowanego sprzętu zmniejsza ryzyko obrażeń zarówno dla pacjentów, jak i dla samych pielęgniarek. Bezpieczne igły, pozwoliły zredukować przypadki ukłucia, które stanowiły poważne zagrożenie dla personelu medycznego.

„Na podstawie własnych doświadczeń można stwierdzić, że w momencie wprowadzenia bezpiecznego sprzętu liczba zranień wśród pielęgniarek istotnie uległa obniżeniu. W związku z tym warto wprowadzić i w sposób prawidłowy korzystać ze sprzętu który wpływa na zmniejszenie ryzyka występowania zranień. Reasumując, wprowadzenie bezpiecznego sprzętu jest bardzo ważne, ale cały czas trzeba się edukować w tym zakresie” – **podsumowuje dr n. med. Anna Szczypta, Krajowa Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego.**

Eliminacja zagrożeń związanych z bezpieczeństwem pracy w placówkach medycznych i na oddziałach szpitalnych przyczynia się do zmniejszenia kosztów testowania, kwarantanny oraz absencji pracowników. Przekłada się to na zapewnienie odpowiedniej opieki pacjentom. Na podstawie przeprowadzonego badania, wprowadzenie bezpiecznych igieł zmniejszyło liczbę zakłuć o 21,9 % w Niemczech[2] i o ponad 50% w Australii.[3] Systemy do bezpiecznego podawania leków zapobiegają nadmiernemu użyciu substancji farmakologicznych oraz minimalizują błędy w dawkowaniu. Ponadto, stosowanie bezpiecznych urządzeń do unieruchamiania pacjentów przyczynia się do zmniejszenia ryzyka odleżyn i urazów skórnych. W 2021 roku stwierdzono spadek liczby szkoleń, w których uczestniczył personel medyczny w porównaniu z rokiem 2017. Towarzyszył temu spadek poziomu wiedzy w przedmiocie profilaktyki zakażeń przenoszonych drogą krwi, pomimo wprowadzenia bezpiecznego sprzętu.[4]

Rola pielęgniarki w raportowaniu

Raportowanie jest kluczowym elementem praktyki pielęgniarskiej, szczególnie jeśli chodzi o własne bezpieczeństwo. Pielęgniarki są zobowiązane do dokładnego raportowania wszelkich incydentów, błędów medycznych lub sytuacji, które mogą zagrażać bezpieczeństwu pacjenta. Takie raporty umożliwiają identyfikację proble-

mów, analizę przyczyn, wprowadzenie odpowiednich działań korygujących i zmniejszenie ryzyka powtórzenia sytuacji.

Wsparcie w zakresie bezpiecznej opieki nad pacjentem niesie pielęgniarka epidemiologiczna. Jej głównym zadaniem jest zapobieganie rozprzestrzenianiu się chorób zakaźnych oraz promowanie zdrowia publicznego poprzez identyfikację, monitorowanie i kontrolę infekcji. Opracowuje procedury stosując się do wiedzy naukowej oraz rekomendacji krajowych. Pielęgniarka epidemiologiczna wdraża i modyfikuje procedury, organizuje szkolenia dotyczące postępowania poekspozycyjnego, a także udziela fachowych porad zespołom pielęgniarskim kiedy dojdzie do ekspozycji. Wszystkie te działania są niezwykle istotne dla zapewnienia pacjentom bezpiecznej opieki medycznej.

Podsumowanie

Rada Ekspertów Koalicji na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali zabiega o uwzględnienie zmian, które pozwolą tak zaprojektować system zarządzania opieką szpitalną, aby zdrowie pacjentów i personelu medycznego było jak najlepiej chronione. Eksperci popierają kierunek zmian, stanowiący punkt wyjścia do rozmowy o budowie systemu w oparciu o jakość i bezpieczeństwo w tym, między innymi:

- Zbieranie danych o ekspozycji zawodowej, ich systematyczna analiza stanowi istotny element nadzoru nad zakażeniami wśród pracowników ochrony zdrowia;
- Stworzenie krajowego rejestru ekspozycji zawodowej sektora ochrony zdrowia;
- Systematyczne szkolenia pracowników ochrony zdrowia dotyczące ekspozycji zawodowej zwiększającej świadomość zagrożeń oraz wpływającej na modyfikację zachowań personelu w odniesieniu do czynności stwarzających ryzyko zakażenia. Szczególną uwagę należy zwrócić na system edukacji przed i podyplomowej w zawodach medycznych.
- Wprowadzenie w placówkach ochrony zdrowia bezpiecznego sprzętu, który ogranicza ryzyko zranienia.

Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali została zawiązana w 2021 roku, a głównym jej celem jest zwiększanie bezpieczeństwa pracowników ochrony zdrowia w miejscu pracy, m.in. poprzez promowanie i zachęcanie szpitali do korzystania z bezpiecznego sprzętu medycznego. Głównym projektem Koalicji jest program „Bezpieczny szpital to bezpieczny pacjent", do którego przyłączają się placówki medyczne, przestrzegające zaleceń w niej zawartych. Patronat nad projektem objęły: Narodowy Fundusz Zdrowia, Rzecznik Praw Pacjenta, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, Polska Federacja Szpitali, Naczelna Izba Lekarska, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Polskie Towarzystwo Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych, Polski Klub Dostępu Naczyniowego, Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Prywatnych, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Naczelna Izba Aptekarska, Europejskie Stowarzyszenie Czyste Leczenie, Stowarzyszenie Zdrowych Miast Polskich, Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych, Polskie Towarzystwo Mikrobiologów, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej oraz Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Infuzyjnego.

[1] Raport "Bezpieczny Szpital to Bezpieczny Pacjent"
[2] Hoffmann C, Bchholz L, Schnitzler P. Reduction of needlestick injuries in healthcare personnel at a university hospital using safety devices. J Occup Med Toxicol 2013;8:20.
[3] Whitby M, McLaws MT, Slater K. Needlestick injuries in a major teaching hospital: the worthwhile effect of hospital-wide replacement of conventional hollow-bore needles. Am J Infect Control 2008;36:180e6.
[4] Gabriella De Carli , Alessandro Agresta, Maria Giuseppina Lecce, Patrizia Marchegiano,Gianpaolo Micheloni, Dimitri Sossai, Giuseppe Campo, Paola Tomao, Nicoletta Vonesch, Sara Leone,Vincenzo Puro 1 and The Studio Italiano Rischio Occupazionale da HIV (SIROH) Group †: Prevention from Sharp Injuries in the Hospital Sector: An Italian National Observatory on the Implementation of the Council Directive 2010/32/EU before and during the COVID-19 Pandemic Int. J. Environ. Res. Public Health 2022, 19, 11144.

MEDYCYNA I SPOŁECZNE DYLEMATY

dr hab. Iwona Taranowicz prof. Uwr

Niedawno przetoczyła się przez Polskę fala demonstracji pod hasłem „ani jednej więcej". Tę falę uruchomiła śmierć 33-letniej Doroty w szpitalu w Nowym Targu. Jedną z podstawowych kwestii poruszanych w dyskusjach prowadzonych na ten temat była postawa lekarzy biernie czekających aż płód sam obumrze. Zadawano pytanie, czy istniejące przepisy faktycznie są tak rygorystyczne, że nie mogą oni w takiej sytuacji usunąć płodu, o którym wiadomo, że nie przeżyje? Wiemy skądinąd, że szpital w Nowym Targu to szpital nie wykonujący zabiegów aborcji ze względu na przekonania jego dyrektora i zatrudnionych w nim lekarzy. Czy lekarze mogą zasłaniać się klauzulą sumienia? I dlaczego dotyczy ona tylko kwestii związanych z życiem seksualnym?

Prawo do przerywania ciąży jest jedną z najbardziej zapalnych kwestii ostatnich lat. Wraca co jakiś czas wzbudzając silne emocje i skrajne opinie pokazując jednocześnie społeczne funkcje medycyny. Próbowano rozwiązać ten problem szukając odpowiedzi na pytanie, kiedy właściwie można mówić o człowieku, a kiedy jeszcze o zbiorze komórek. Wierzono, że nauka ją da i wtedy sprawa będzie jasna, jako że nauka jest obiektywna a jej tezy są prawdą. Niestety tak się nie stało i stać nie mogło. Człowiek powstaje w wyniku biologicznych procesów wzajemnie ze sobą powiązanych i determinujących. Wskazanie określonego punktu w czasie, który zapoczątkowuje jego istnienie jest po prostu niemożliwe. Wiara w naukę przynoszącą odpowiedzi na nurtujące nas pytania, odpowiedzi, z którymi nie można polemizować, bo są obiektywną prawdą, której możemy zaufać i na której możemy się oprzeć, okazała się naiwna. Wiara w to, że medycyna może uciec od uwikłania w społeczne problemy, broniąc się twierdzeniem o biologicznym charakterze nauk na nią się składających też jest naiwna. Kwestia aborcji jest najlepszym tego przykładem. Nie da się wykonywać zawodu medycznego nie stając wobec dylematów podobnych do tych związanych z przerywaniem ciąży. Spór o prawo do niego jest tak naprawdę sporem o wartości fundamentalne, bo dotyczące życia człowieka. Zwolennicy ruchu pro-life uznają życie za dar dany od Boga, człowiek nie ma prawa mieszać się w Jego decyzje. Zwolennicy ruchu pro-choice wychodzą z założenia, że życie dają rodzice a pojawienie się człowieka jest konsekwencją woli jego matki, ponieważ to ona „karmi" płód, by mógł się rozwijać. Przeciwnicy aborcji wychodzą z założenia, że najważniejsze jest życie płodu, który powinien być traktowany jak istota ludzka. Walczący o prawo do przerywania ciąży uważają, że najważniejsze jest życie matki. Te wartości są, jak widać, nie do pogodzenia. Nie da się przyjąć kompromisowego rozwiązania. Spotkać w połowie drogi, tak, by obie strony mogły to zaakceptować. Medycyna i jej przedstawiciele są niestety nieuchronnie w ten spór o wartości uwikłani.

Życie jest wartością chronioną we wszystkich systemach normatywnych. Przede wszystkim na jego straży stoi prawo, ale nie tylko, także moralność posługująca się oceną czynu w kategoriach dobra i zła. Odebranie komuś życia jest złem. Ale przecież nie zawsze. Istnieje coś takiego jak relatywizm etyczny. Oznacza on, że normy naszej grupy nie obowiązują w stosunku do członków grupy obcej. Dzięki temu można prowadzić wojnę. Wszelkie medale i ordery na niej zdobywane są przyznawane za czyny najczęściej związane z pozbawieniem życia kogoś uznawanego za wroga. A wrogów można zabijać. Jak widać tak naprawdę nie ma wartości obowiązujących zawsze i wszędzie. I dotyczy to też tak fundamentalnej wartości, jaką jest życie. I nie musi to być tak ekstremalna sytuacja, jaką jest wojna. W systemie prawnym do niedawna istniała kara śmierci. W wielu krajach istnieje do dziś. Była wymierzana przede wszystkim za takie czyny, jak morderstwa, ale nie tylko. Dość przypomnieć bardzo głośną tzw. aferę mięsną z lat 60 ubiegłego wieku, główny oskarżony został skazany na śmierć i karę wykonano. Życie niekiedy jest cenione niżej niż inne wartości. Niepodległość ojczyzny jest ważniejsza niż życie żołnierzy. Sprawiedliwość jest ważniejsza niż życie człowieka popełniającego czyn uznany w danym systemie prawnym za przestępstwo. Nie zawsze są to decyzje podejmowane w imieniu całej zbiorowości, narodu czy społeczeństwa. Terroryści-samobójcy są przykładem przedkładania wartości grupowych i utożsamiania ich z własnymi. Ojciec narażający się, by ratować tonącego syna też ceni jego życie wyżej niż własne.

Reguły porządkujące świat społeczny nie obowiązują w sposób fundamentalistyczny. Oczekiwanie ich przestrzegania powiązane jest z sytuacją, osobami i pełnionymi przez nie rolami, charakterem podejmowanego działania i jego celem. Systemy normatywne, te reguły zawierające, służą utrzymaniu społecznego porządku, ale życie społeczne jest dynamiczne, zmienia się i te systemy także muszą się zmieniać. Można w tym miejscu powiedzieć, że może to i prawda, ale przecież niezależnie od czasów zawsze życie człowieka było najwyższą wartością. Tak mogłoby się wydawać, ale czy rzeczywiście? Przypomnijmy sobie społeczności, w których składano ofiary z ludzi. Niewolnictwo, w którym niebędący wolnymi ludzie traktowani byli jak mówiące narzędzia i pozbawieni jakichkolwiek praw, łącznie z prawem do życia. Systemy prawne, w których życie chłopa było mniej warte niż życie szlachcica. No tak, mógłby znowu ktoś powiedzieć, ale to zamierzchłe czasy, od dawna tak nie jest. Życie człowieka jest tak samo ważne niezależnie od tego, kim on jest. Z tym twierdzeniem też można by polemizować, ale nie to jest przedmiotem tego tekstu.

Przypomnijmy sobie niektóre z tez wyznaczających współczesną politykę zdrowotną. Początkom promocji zdrowia i zmianom paradygmatu w naukach o zdrowiu (chociaż wtedy nie używano jeszcze takiego określenia) towarzyszyły hasła: 1. dodać życia do lat, 2. dodać zdrowia do życia, 3. Dodać lat do życia. Było to efektem postępujących procesów starzenia się społeczeństw, głównie zachodnich i związanych z tymi procesami problemów zdrowotnych. Życie ludzkie się wydłużyło, dożycie sędziwego wieku nie jest obecnie niczym rzadkim, średnia wieku kobiet w Polsce przekracza 80 lat. Nie oznacza to jednak życia w zdrowiu. Podstawowym problemem zdrowotnym są choroby przewlekłe, nie dające się wyleczyć. Światowa Organizacja Zdrowia w 1992 roku przyjęła, że sytuacji, kiedy nie da się pacjenta wyleczyć, nadrzędnym celem działań medycznych powinna stać się jakość życia. To bardzo symptomatyczna zmiana chociaż nie budzi żadnych kontrowersji. Oznacza bowiem, że nie życie samo w sobie, ale jego jakość staje się najważniejszą wartością wyznaczającą działania medyczne.

Polityka zdrowotna ma na celu, ogólnie mówiąc, poprawę stanu zdrowia ludności. Podejmowane w jej ramach działania służą rozwiązywaniu problemów zdrowotnych, to co jest za nie uznawane jest zależne nie tylko od statystycznie zobrazowanego stanu zdrowia społeczeństwa, lecz przede wszystkim od przyjętej przez WHO koncepcji zdrowia i jego uwarunkowań. Koncepcja wyznaczająca współczesną politykę zdrowotną jest zawarta w modelu społeczno-ekologicznym. Zgodnie z nim zdrowie jest homeostazą, dynamiczną równowagą systemu różnego typu czynników powiązanych ze sobą i wzajemnie się warunkujących. Definicja zawarta w konstytucji WHO obowiązuje nadal, ale jest krytykowana za nazbyt statyczne i utopijne rozumienie zdrowia. Promocja zdrowia opiera się na definicji przyjętej w 1976 roku przez Międzynarodowe Zgromadzenie Zdrowia. Zgodnie z nią zdrowie oznacza aktywne, twórcze i samodzielne życie bez chorób i niepełnosprawności albo nawet razem

z nimi, jeśli nie da się ich wyeliminować. To rewolucyjna wręcz zmiana. Za zdrową może być uznana osoba z medycznie zdiagnozowaną chorobą. Podstawowym kryterium zdrowia jest funkcjonowanie społeczne.

Medycyna, dzięki naukom, na których się opiera, rozwija się dynamicznie chociaż, jak się zauważa, raczej w kierunku podtrzymywania życia i życia z chorobą, niż wyleczenia i przywrócenia zdrowia. Dzięki nowoczesnym urządzeniom może utrzymywać przy życiu osobę całkowicie niezdolną do samodzielnej egzystencji. Technologia w skrócie nazywana in vitro pozwala na powstanie nowego życia i człowieka niezależnie od prowadzonego życia seksualnego i zdolności rozrodczych. Szczepionki przeciw wirusowi SARS-CoV-2 są całkowicie sztucznym tworem stworzonym przez człowieka. Można od dawna monitorować stan zdrowia zaglądając do wnętrza naszego organizmu. Badania genetyczne pozwalają na poznanie stopnia zagrożenia jakąś jednostką chorobową. Pozwalają także na modyfikacje genetyczne i terapię genową. Od dawna znana jest procedura przeszczepu narządów, w tej chwili zmierzamy w kierunku zastępowania ich organami wydrukowanymi w drukarce 3D. Wszyscy jesteśmy pod wrażenie możliwości, jakie ma współczesna medycyna. Znacznie rzadziej zastanawiamy się nad wyzwaniami, jakie te możliwości niosą. Maszyny podtrzymujące życie, oddychające za pacjenta, pompujące krew nie dostarczą odpowiedzi na pytanie, czy należy podtrzymywać życie samo. Technologia in vitro dająca radość posiadania dziecka wielu parom pod znakiem zapytania stawia kwestię rodzicielstwa. Kto jest matką w sytuacji, gdy jedna kobieta jest dawczynią komórki jajowej, druga nosi ciążę a trzecia deklaruje wychowanie urodzonego dziecka? Która z nich jest matką? Czy to dziecko ma prawo do dziedziczenia po swojej biologicznej matce? Czy ma jakieś prawa w stosunku do kobiety, która je urodziła? A co z zamrożonymi komórkami jajowymi? Czy sperma oddana przez mężczyznę do specjalnego banku (zakładając, że taki bank istnieje) dalej należy do niego? A jeśli nie to do kogo? Co powinna zrobić osoba dowiadująca się, że posiada geny dające 35% prawdopodobieństwa zachorowania na raka piersi? Oczywiście powinna regularnie się badać, ale jej życie wraz z momentem otrzymania tej informacji diametralnie się zmienia. Może zacząć się zastanawiać usunąć piersi? Nie usuwać? Czy powinna być otoczona opieką medyczną jako osoba potencjalnie zagrożona chorobą nowotworową? To tylko niektóre z pytań będących konsekwencją rozwoju medycyny. Zostajemy z tymi pytaniami, nie nadążając za powstawaniem nowych stawianych przez kolejne technologie, procedury i urządzenia wprowadzane do praktyki medycznej.

Przedstawiciele medycyny nie ucieką przed koniecznością jakiegoś ustosunkowania się do tych pytań. Nie da się zasłonić tylko procedurami, wynikami, testami i przyjętymi standardami postępowania. Medycyna jest nieuchronnie wpisana w szerszy kontekst społeczny i przez niego warunkowana. I silnie powiązana z systemami normatywnymi, w tym także moralnością.

ZASADY ODŻYWIANIA DZIECI W WIEKU 1-3 ROKU ŻYCIA. CZĘŚĆ I

dr n. med. Anna Felińczak

Wprowadzanie pokarmu w pierwszych latach życia jest niezwykle ważne dla wspomagania rozwoju dziecka. Okres od 1 do 3 lat jest kluczowy dla rozwoju dziecka. W tym czasie rozwijają się narządy, układy funkcji i organizmu, a mózg intensywnie rośnie i rozwija się.

W żywieniu dzieci w wieku poniemowlęcym następują istotne zmiany we wzorach żywieniowych, związane z przejściem z diety typowo mlecznej (płynnej) do żywienia bardziej urozmaiconego. W tym okresie następuje stopniowe przechodzenie z diety niemowlęcej poprzez dietę przejściową do tzw. diety z rodzinnego stołu. Przy czym pod pojęciem diety przejściowej należy rozumieć sposób odżywiania odpowiedni do fazy rozwojowej dziecka, w którym dobór produktów lub potraw będzie bezpieczny pod względem wartości odżywczej i jakości zdrowotnej, o konsystencji półstałej i stałej. Natomiast dieta stołu rodzinnego to dieta oparta na potrawach (posiłkach) przygotowywanych dla całej rodziny, odpowiednio zmodyfikowanych na potrzeby dziecka pod względem konsystencji, cech organoleptycznych i sposobu przygotowania.

W okresie tym kształtują się również zachowania i preferencje żywieniowe. Pierwsze dwa lata życia dziecka mają istotne znaczenie dla rozwoju późniejszych upodobań pokarmowych. Niektóre preferencje (smak słodki czy słony) i awersje smakowe (smak gorzki) są wrodzone. Wczesne doświadczenia dziecka – zarówno pozytywne, jak i negatywne – dotyczące spożywanych pokarmów mogą mieć wpływ na jego późniejsze zachowania żywieniowe. Akceptacja smaku warzyw jest trudniejsza dla małego dziecka niż akceptacja smaku owoców, dlatego warzywa powinny być pierwsze wprowadzane do diety. Ponadto należy pamiętać, że wielokrotne podawanie nowych produktów wpływa na tolerancję ich smaku.

Funkcjonowanie układu pokarmowego jest jednym z determinantów sposobu żywienia dziecka w wieku 1-3 lat. W pierwszych latach życia układ pokarmowy dojrzewa on zarówno anatomicznie (np. powiększa się objętość żołądka) jaki i fizjologicznie (wzrasta biosynteza enzymów trawiennych, które pełną aktywność osiągają dopiero ok. 2. r.ż., podobnie jak detoksykacyjna zdolność wątroby).

Dlatego tak ważne jest w tym okresie życia dziecka dostosowanie sposobu żywienia (wielkości porcji, liczby posiłków, zapewnienie wysokiej jakości produktów i składu posiłków stymulującego rozwój układu pokarmowego) do możliwości jego układu pokarmowego. Według WHO pojemność żołądka, a tym samym wielkość posiłku, można w przybliżeniu określić, przyjmując założenie, że kilogram masy ciała dziecka odpowiada 30 ml pojemności żołądka. Do 24. miesiąca życia kształtuje się również umiejętność gryzienia pokarmu oraz utrwalają zapoczątkowane w życiu płodowym preferencje smakowe. Należy je rozwijać poprzez urozmaicane w różne produkty pożywienia jak i odpowiednią konsystencję pokarmu, czyli unikanie rozdrabniania, co stymuluje wydzielanie śliny oraz wpływa na jej skład, w tym na aktywność amylazy ślinowej. Preferowane przez dziecko smaki to: słodki, słony i – w zależności od potrawy – ostry, a nieakceptowane to smak kwaśny i gorzki. W kształtowaniu preferencji żywieniowych może być także pomocna, charakterystyczna dla tego etapu rozwojowego, ciekawość poznawcza. Okres pomiędzy 13. a 36. m.ż. jest krytyczny dla rozwoju określonych preferencji, i około 20. m.ż. może pojawić się przejściowa niechęć do jedzenia wybranych produktów i potraw określana mianem neofobia. Wówczas odmowa może dotyczyć każdego produktu i wystąpić na sam jego widok. Ten etap może trwać maksymalnie do 6. r.ż. To ewolucyjnie i genetycznie uwarunkowane zachowanie żywieniowe jest naturalnym i przejściowym etapem w rozwoju dziecka. Odgrywa jednak istotne znaczenie w kształtowaniu prawidłowych nawyków żywieniowych oraz może prowadzić do niedoborów określonych składników pokarmowych, głównie witamin, składników mineralnych i błonnika pokarmowego. Warzywa i owoce należą do produktów, które szczególnie niechętnie są wprowadzane do diety dziecka w okresie neofobii. Jednym ze sposobów na zmniejszenie niechęci dziecka do nowych produktów i potraw jest kształtowanie urozmaiconego sposobu żywienia jeszcze przed wystąpieniem tego okresu, a zatem przed 2. r.ż. W przełamywaniu lęku przed nowymi produktami może być pomocna ekspozycja wzrokowa, węchowa, dotykowa lub smakowa, choć ta ostatnia jest generalnie najbardziej skuteczna. Jednak w przypadku silnego oporu zaznajamianie się z wyglądem produktów, możliwość ich wąchania, dotykania, np. podczas zabawy, może pomóc przełamać barierę przed ich spróbowaniem. Dlatego też szczególnie w tym okresie należy przestrzegać stałych pór posiłków oraz unikać podawania przekąsek. Wiąże się to z uruchamianiem mechanizmów, które z wyprzedzeniem pobudzają wydzielanie soków trawiennych, co sprzyja odczuwaniu przez dziecko głodu w porze posiłku.

Nie należy także zapominać o znaczeniu mikrobioty jelitowej, która w omawianym okresie życia dziecka podlega rozwojowi i modyfikacji zależnej od sposobu żywienia dziecka w okresie noworodkowym i po nim. Mikrobiota przewodu pokarmowego dziecka ok. 2. r.ż. zaczyna się upodabniać do składu mikrobioty człowieka dorosłego. Okres poniemowlęcy jest tzw. okresem „wyrównywania: różnic wynikających z różnego tempa wcześniejszego rozwoju dziecka, co powinno indywidualizować jego żywienie. Optymalne żywienie do 3 roku życia jest szczególnie ważnym czynnikiem, który będzie miał wpływ na zmniejszenie zachorowalności i śmiertelności dzieci, obniży ryzyko wystąpienia chorób przewlekłych w przyszłości i będzie sprzyjać prawidłowemu rozwojowi, w tym zdolności poznawczych (dzięki rozwojowi mózgu i obwodowego układu nerwowego). Dlatego w żywieniu dzieci w wieku poniemowlecym powinno zwrócić się uwagę na kilka istotnych elementów takich jak:

- częstość spożywania posiłków i ich organizację, w tym m.in. techniki kulinarne służące przygotowaniu posiłków dla dzieci (zaleca się gotowanie w wodzie, na parze, duszenie, pieczenie w folii, rękawie, naczyniu żaroodpornym);
- dobór produktów w diecie;
- wartość energetyczną i odżywczą diety;
- zwyczaje i nawyki żywieniowe

Dzieciom należy podawać w ciągu dnia 4-5 posiłków – 3 podstawowe i 1-2 uzupełniające. Dzieci w 2. r.ż. niekiedy wymagają większej liczby mniejszych objętościowo posiłków. Wartość energetyczna i odżywcza diet dzieci powinna pokrywać ich zapotrzebowanie żywieniowe określone w normach. Jednocześnie dietę dziecka należy dostosować do jego indywidualnych potrzeb i apetytu. Dlatego w niektórych krajach zalecenia dziennego spożycia produktów opracowy-

wane są w odniesieniu do różnych poziomów zapotrzebowania energetycznego. Dla dzieci w wieku 13-36 miesięcy dobowe zapotrzebowanie na energię w przeliczeniu na 1 kg masy ciała wynosi ok. 83 kcal co przekłada się na przeciętne zapotrzebowanie między 700 do 1000 kcal/dzień. Minimalna ilość białka nie była niższa niż 1 g/kg masy ciała dziecka i nie wyższa niż 15% energii z białka w całodziennej zalecanej puli energetycznej (1000 kcal). Tłuszcz stanowi istotny składnik energetyczny dostarczany z żywnością oraz ułatwia wchłanianie witamin rozpuszczalnych w tłuszczach i stanowi źródło niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych. Zaleca się aby tłuszcze u dzieci w wieku 1-3 lat stanowiły 35-40% całkowitej ilości energii , taka ilość pozwala zabezpieczać wydatek energetyczny dziecka na jego wzrastanie i rozwój. Oczywiście bardzo ważna jest podaż odpowiedniej jakości tłuszczu, w tym źródeł nienasyconych kwasów tłuszczowych (olejów roślinnych), a zwłaszcza długołańcuchowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (ryb). Zbilansowana dieta u małych dzieci powinna zawierać różne rodzaje tłuszczów: tłuszcz mleczny/masło, oleje roślinne, tłuszcz zawarty w tłustych rybach; u małych dzieci nie zaleca się ograniczania spożycia tłuszczu poniżej norm; u dzieci do 3. r.ż. nie zaleca się ograniczania ilości cholesterolu w diecie; jego źródłem są masło, jaja, czerwone mięso i przetwory mleczne. Szczegółowe zalecenia dotyczące spożycia poszczególnych kwasów tłuszczowych w omawianym okresie życia zalecają aby poziom spożycia nasyconych kwasów tłuszczowych był tak niski, jak to możliwe, do osiągniecia w diecie przy jednoczesnym zapewnieniu właściwej wartości żywieniowej. Zapotrzebowanie w odniesieniu do dla najważniejszych długołańcuchowych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych z rodziny n-3 (ang. long chain polyunsaturated fatty acids, LC-PUFA n-3) ustalono na poziomie:

- dla kwasu dokozaheksaenowego (ang. Docosahexaenoic acid, DHA) – 100 mg/dobę (dla dzieci
- w wieku 7.-24. m.ż.),
- dla kwasów eikozapentaenowego (ang. eicosapentaenoic acid, EPA) i DHA łącznie – 250 mg/dobę (dla dzieci w wieku 2 lat i powyżej

Udział energii z węglowodanów w ogólnej puli energetycznej powinien wynosić 45-65%. Ważne aby w ograniczać tzw. cukry dodane (czyli stosowane w produkcji żywności i przygotowywaniu potraw) do ilości < 10% energii ogółem. Zaleca się podawanie produktów, które są źródłem węglowodanów złożonych, takich jak pełnoziarniste pieczywo, kasze, makaron i produkty z mąki z pełnego przemiału; takie produkty dostarczają odpowiedniej ilości błonnika, który reguluje pracę przewodu pokarmowego. Spożycie błonnika dla dzieci w wieku 1-3 lat wynosi 10 g/dobę. W codziennej diecie ważna rolę odgrywa również woda, której głównym źródłem dla organizmu dziecka powinno być mleko i woda dobrej jakości. Przy czym dla niemowląt i dzieci do 3. r.ż. najlepsza jest woda źródlana lub naturalna woda mineralna. Ważne jest odpowiednie wykorzystanie różnych jej rodzajów – wody niskozmineralizowane, niskosodowe, niskosiarczanowe oraz naturalne wody mineralne służą do picia, a nie do gotowania – zatem nie powinny być wykorzystywane do przyrządzania posiłków. Przy przygotowywaniu posiłków/potraw, gdzie metodą termiczną z wyboru jest gotowanie, rzadziej duszenie, pieczenie, można stosować odpowiednią wodę źródlaną lub wodociągową. U dzieci w wieku 1-3 lat wystarczające spożycie wody określono na poziomie 1250 ml/dobę (wody pochodzącej z napojów i produktów spożywczych). Dzieciom nie należy podawać do picia słodzonych i gazowanych napojów, a soki owocowe nie powinny być podawane w ilości większej niż 120 ml/dzień; soki nie mogą zastępować spożycia owoców i warzyw.

ZACZEPEK ETYCZNY

O UPOKORZENIU

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

Od praindoeuropejskiego kar- i prasłowiańskiego koriti (łajać, lżyć) aż do polszczyzny – ukorzyć się, mówimy o okazywaniu swej uległości, niższości, w tym o pokorze wobec kogoś: po-koriti, pokorzyć, czyli być zmuszonym do pokory bądź uniżenia, tak nisko, gdzie korzenie (praindoeuropejski: kri-) sięgają. Dawniej pokora była również „śmiarą", zawierając w sobie prasłowiańskie słowo „mir" – zgoda, pokój. Stąd smirzyć i uśmierzyć, czyli zaprowadzić spokój, pogodzić, pojednać.

Upokorzyć kogoś, najlepiej złoczyńcę, można poprzez zapowiadaną albo zadawaną karę; można także upokorzyć się, czyli wyznać winę oraz – w jednym i drugim sensie – błagać o przebaczenie, licząc na łaskę tych, którzy mają władzę nad nami. Aby doświadczyć łaski, należało tę pokorę umiejętnie okazać. W. Fałkowski pisze o dawnym rytuale ukorzenia się: „W relacjach z królewskich posłuchań i uroczystości przekazywania darowizn wielokrotnie bywa podkreślana pokora obdarowywanych i uniżone zachowanie petentów. Władca wspaniałomyślnie okazywał swą łaskę, nagradzając wierną służbę i rekompensując poniesione nakłady, pilnie zwracając przy tym uwagę na słowa i czyny wasala (…) Monarcha oczekiwał pokory i hojnie nagradzał uniżoność i pełne podporządkowanie, chętnie rozdzielając przywileje i publicznie okazując łaskę". Te okruchy rytuału, dalekie jego echa, nadal odnajdujemy w codzienności: w urzędach, w szpitalach bądź w relacjach służbowych. Są one tylko archaizmem, bolesnym rupieciem, który jedynie przynosi innym upokorzenie. Ani bowiem czynności urzędnika, ani opieka pielęgniarska, lekarska, ani decyzje przełożonego nie są łaską, ale obowiązkiem zawodowym.

Oświecenie przekonało nas do tego, aby uznać upokorzenie za naruszenie ludzkiej godności, jakby powiedział K. Dmochowski – za zranienie delikatności ludzkiej. Jeśli więc dajemy komuś ratunek, także w medycynie, to w świadczeniu tej pomocy dobroć ta powinna być tak ostrożnie i skromnie wyświadczona, „aby zdawała się być raczej nagrodą niż wspaniałą ze strony dobroczynnej szczodrotą". Nie dziwi zatem, że Dmochowski tę postawę moralną włączył w cnotę wyrozumiałości, dzięki której potrafimy rozumieć czyjeś potrzeby i nie powiększamy komuś dolegliwości ani smutku czy goryczy, świadcząc mu pomoc.

Kultura współczesna, przekonując nas usilnie, że nasza biografia, a nawet zdrowie („weź zdrowie w swoje ręce") jest rezultatem wyłącznie naszych zamiarów, sprzyja temu, aby uznać chorobę, niesprawność czy starość nie za wyrok losu, który należy przyjąć z pokorą, ale za naszą winę lub błąd. W ten sposób rozbudzając pychę ludzką prowadzi wprost do upokorzenia. Kiedyś A. Szahaj podał krótką diagnozę współczesnej kultury: „świat jest areną bezwzględnej konkurencji, w której zwycięzca bierze wszystko, a przegrany musi samotnie znosić upokorzenie porażki. Że każdy jest autorem swego życia i dlatego nie powinien skarżyć się na swój los, albowiem w przypadku porażki sam jest sobie winien".

Bo tak czujemy się w swojej bezradności, gdy dopadają nas biologiczne kryzysy. A przecież choroba nie jest naszą winą, zmuszającą nas nadto do ukorzenia się przed personelem medycznym, aby wyprosić o łaskę terapeutyczną, opiekę, ludzką uwagę bądź wsparcie. Zmuszanie do zabiegania o tą łaskę jest zawsze upokorzeniem pacjenta, a tym samym naruszeniem jego godności, czyli intymności, prywatności, wreszcie – autonomii.

Cóż dzieje się z nami, gdy zostajemy upokorzeni, oddarci z tego, co najcenniejsze – z siebie? Wtedy tracimy wiarę w siebie, za co winimy i siebie, i personel medyczny. Doświadczamy poczucia niskiej własnej wartości, zależności – i rośnie w nas przekonanie o własnej niezdolności decyzyjnej, a nawet zbyteczności. Jesteśmy w szpitalu jedynie samym życiem, a jak pisał G. Ambegan – życiem nagim, z utratą cech społecznych, które czynią z nas takich, jakimi jesteśmy. Zawstydzamy się więc sobą, wobec innych i wobec siebie. Jesteśmy wręcz sponiewierani własną nagością. L. Jacobs przejmująco pisze: „Pamiętam kiedy sama po raz pierwszy szukałam terapii. Byłam w college'u. Zostałam skierowana do miejscowej przychodni. Musiałam opowiedzieć swoją historię »strażnikowi«, który następnie miał przydzielić mnie do terapeutki. Pamiętam, że bardzo się wstydziłam w obecności tego człowieka. Jego chłodna, powściągliwa, biznesowa postawa pogłębiła to, że czułam się jak »osoba drugiej kategorii«. Myślałam, że jestem obrzydliwym, zepsutym dzieckiem z powodu problemów, które skierowały mnie na terapię. Martwiłam się też, że »strażnik« będzie mną gardził, uzna, że przesadzam i poczuje do mnie odrazę. Mógłby też zdecydować, że terapia będzie dla mnie bezcelowa. Byłam tak pogrążona we własnym wstydzie i przestraszona jego zawstydzającą postawą, że przez cały wywiad przemawiałam monotonnym, automatycznym tonem. Nie trzeba dodawać, że z całą pewnością pomyślał, że potrzebuję terapii!"

Personel medyczny to nie detektywi naszych dolegliwości, śledczy naszych chorób, którzy przesłuchują nas, aby dotrzeć do prawdy, którą można sfinansować środkami NFZ. Nic złego nie zrobiliśmy, choć tak się czujemy. Potrzebujemy oparcia w innym człowieku, a nie inspektora albo prokuratora. Przeto, gdy czujemy się upokorzeni i zawstydzeni, budzą się w nas – po prostu – gniew, złość, rezygnacja, agresja, które kierujemy ku personelowi medycznemu albo ku sobie.

Fundacja Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci poszukuje

PIELĘGNIARKI/ PIELĘGNIARZA

Jesteśmy organizacją pożytku publicznego, która od 2007 roku opiekuje się dziećmi przewlekle i nieuleczalnie chorymi na terenie Dolnego Śląska. Dziećmi, które są w swoich domach, z rodziną, w znajomym i przyjaznym otoczeniu. To do nich jeżdżą lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, psychologowie, pracownik socjalny i wolontariusze.
Wrocław to miejsce naszego dowodzenia. Na chwilę obecną otaczamy opieką 74 podopiecznych i ich rodziny.
Od 2018 roku jesteśmy leaderem projektów wyspecjalizowanej opieki wytchnieniowej, która będzie realizowana również w Domu Opieki Wyręczającej na ul. Sołtysowickiej 58 we Wrocławiu.

Zakres obowiązków

Poszukujemy doświadczonej pielęgniarki/ pielęgniarza, który będzie:

- realizował opiekę nad dziećmi i młodzieżą dorosłą przewlekle i nieuleczalnie chorą
- przeprowadzał pielęgniarską ocenę stanu pacjenta objętego opieką paliatywną;
- opracowywał i aktualizował dokumentację pielęgniarską w opiece paliatywnej;
- koordynował i realizował opieki pielęgniarską nad pacjentem przebywającym w domu rodzinnym oraz w placówce stacjonarnej;
- podejmował współpracę ze specjalistami innych dziedzin medycyny, pielęgniarstwa i rodziną chorego objętego opieką paliatywną;
- realizował świadczenia pielęgniarskie zgodnie z obowiązującymi standardami;
- organizował pracę zgodnie z zasadami i przepisami bezpieczeństwa, higieny pracy, ergonomii, ochrony przeciwpożarowej i ochrony środowiska.

Nasze wymagania

- wykształcenie uprawniające do wykonywania zawodu
- specjalizacja / kurs medycyny paliatywnej
- czynne prawo jazdy kat.B

Oferujemy

- poszerzanie kompetencji zawodowych
- zatrudnienie w pełnym wymiarze godzin
- pracę w zgranym i pełnym energii zespole

Aplikacje prosimy składać na adres mailowy: fundacja@hospicjum.wroc.pl
Dziękujemy Zespół Fundacji Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci

PRZYCHODNIA KOSMONAUTÓW

ZATRUDNIMY

PIELĘGNIARKĘ

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej **„Przychodnia Kosmonautów"** Sp. z o.o.
z siedzibą we Wrocławiu przy ul. Horbaczewskiego 35 poszukuje

PIELĘGNIARKI do PORADNI ALERGOLOGICZNEJ

Oczekujemy:

- posiadanie aktualnego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki;
- kurs szczepień ochronnych;
- mile widziane: kurs w zakresie zakładania i oceny testów skórnych

Oferujemy:

- pracę w stabilnej firmie, w miłej i przyjaznej atmosferze;
- możliwość elastycznego zatrudnienia;
- atrakcyjne wynagrodzenie

OSOBY ZAINTERESOWANE PROSIMY O KONTAKT TELEFONICZNY: 71 352 22 60
lub przesłanie CV na adres mailowy: sekretariat@kosmo.wroclaw.pl

WYŻSZA SZKOŁA MEDYCZNA W LEGNICY

REKRUTACJA

studia drugiego stopnia
PIELĘGNIARSTWO

Zapraszamy od poniedziałku
do piątku od 8.00 do 16.00

ul. Powstańców Śląskich 3, 59-220 Legnica
dziekanat@wsmlegnica.pl
www.wsmlegnica.pl
tel. 76 854 99 33

Najbliższa rodzina zmarłej Honoraty Przygoda
chciałaby złożyć serdeczne podziękowania dla całego ZESPOŁU
Oddziału Medycyny Paliatywnej w Sycowie.
Szczere słowo"dziękujemy" mówimy pani pielęgniarce Oddziałowej Małgorzacie Pitner,
wszystkim lekarzom Oddziału, paniom pielęgniarkom, pani Marii - pielęgniarce opatrunkowej,
opiekunom medycznym, fizjoterapełtom i paniom salowym, Wasz profesjonalizm, podejście do
pacjenta i okazywana życzliwość były nieocenione. Dziękujemy za cierpliwość, zaangażowanie,
uśmiech, ciepłe słowa. W trudnych momentach dodawaliście naszej ukochanej mamie
i Nam otuchy i sił do walki z chorobą.

Dziękujemy za troskę okazywaną naszej kochanej mamie i babci
w ostatnich tygodniach Jej życia.
Dzięki Państwa zaangażowaniu i wielkim sercom łatwiej znosiliśmy cierpienie.

Serdeczne podziękowania dla lekarza Poradni Chirurgicznej w Sycowie Adama Masternak
i pielęgniarki Lidii Dębowskiej za wyjątkową empatię, umiejętność i podejście do pacjenta.

Dzieci z rodzinami św. Pamięci Honoraty Przygoda

Proszę przyjąć wyrazy szacunku, uznania i wszelkiej pomyślności.
Życzymy Wam dużo zdrowia i wdzięczności od pacjentów i ich rodzin .

Schody życia mają cztery stopnie:
dzieciństwo, młodość, dojrzałość i starość.
Wchodząc ... nie wiesz, na którym stopniu zatrzyma się Twój krok.
Ważne żeby tylko każdy przeżyć dobrze.

Naszej koleżance
MONICE SAWCZAK
i Jej Rodzinie
wyrazy głębokiego współczucia
i słowa otuchy z powodu śmierci MĘŻA

Składa Dyrekcja Koleżanki Koledzy i Współpracownicy
Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii

Jest taki ból, o którym lepiej nie mówić,
bowiem najlepiej wyraża go milczenie"

Naszej koleżance
GENOWEFIE RABURSKIEJ
i jej Rodzinie słowa otuchy
i wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci Taty

składają: Pielęgniarka Naczelna, Pielęgniarki i Położne,
koleżanki i położne
z Izby Przyjęć Milickiego Centrum Medycznego

"Miłość zaczyna się wtedy,
kiedy szczęście drugiej osoby staje się ważniejsze niż twoje"

Naszej koleżance
MONICE ZDRAL
i Jej Rodzinie
wyrazy głębokiego współczucia
i słowa otuchy z powodu śmierci MAMY

Składa Dyrekcja Koleżanki Koledzy i Współpracownicy
Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii

„Na odejście bliskich nie można się przygotować.
Śmierć zawsze jest nie na miejscu i zawsze nie w porę
– za szybko, za rano, za nagle. …...
Nie pyta, nie uprzedza, nie dyskutuje. Przychodzi i zostawia ból.
Ból, który ukoić mogą tylko wspomnienia."

Naszej koleżance
MONICE SAWCZAK
i Jej Rodzinie
najszczersze wyrazy współczucia
z powodu śmierci MĘŻA

Składają Koleżanki Koledzy i Współpracownicy
Oddziału Chorób Wewnętrznych
Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii

„Matka – to najpiękniejsze słowo w językach świata.
Matka – to słowo, które oznacza miłość,
miłość prawdziwą"

Naszej koleżance
MONICE ZDRAL
i Jej Rodzinie
najszczersze wyrazy współczucia
z powodu śmierci MAMY

Składają Koleżanki Koledzy i Współpracownicy
Oddziału Chorób Płuc II
Dolnośląskiego Centrum Onkologii Pulmonologii i Hematologii

"Na odejście bliskich nie można się przygotować,
śmierć zawsze jest nie na miejscu i zawsze nie w porę- za szybko,
za rana , za nagle .....
Nie pyta , nie uprzedza , nie dyskutuje .
Przychodzi i zostawia ból.
Ból, który ukoić mogą tylko wspomnienia "

Koleżance
BEACIE WORWIE
oraz jej Rodzinie
Wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci Siostry

składają koleżanki, koledzy i współpracownicy
Oddziału Chirurgii Plastycznej
DSS im. T. Marciniaka we Wrocławiu

Rodzinie i Wszystkim Bliskim,
wyrazy współczucia z powodu śmierci naszej Koleżanki
Ś.P. MARTY GRZEBUŁY

Żegnamy Cię słowami poezji którą Sama Tworzyłaś,
Rozumiałaś i tak bardzo Kochałaś -

,,A kiedy przyjdzie także po mnie,
Zegarmistrz Światła Purpurowy,
by mi zabełtać błękit w głowie,
to będę jasny i gotowy ''....

Koleżanki i Koledzy
Szpitalnego Oddziału Ratunkowego
4 WSKzP

"Jest taki ból o którym lepiej nie mówić,
bowiem najlepiej wyraża go milczenie"

Wyrazy głębokiego współczucia i wsparcia
MARCIE KONOPA
Z powodu śmierci ukochanej Babci

Składają koleżanki z Oddziału Urologii I Urologii Onkologicznej.

"Bliscy, których kochamy zostają w pamięci i sercu na zawsze"

HALINIE MOZALEWSKIEJ
wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci Mamy

składa
Dyrekcja z całym Zespołem Pielęgniarek i Położnych
Szpitala im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy

BEACIE WORWIE
wyrazy głębokiego współczucia
i słowa otuchy z powodu śmierci siostry

składają
Zastępca Dyrektora ds.Pielęgniarskich,
Przełożona Pielęgniarek wraz z Zespołem Pielęgniarskim
DSS im.T.Marciniaka CMR we Wrocławiu

Z ogromnym żalem i smutkiem w dniu 11/12 .06.2023 r.
pożegnaliśmy naszą koleżankę

ŚW. P MARTĘ GRZEBUŁĘ
Dobrą i życzliwą pielęgniarkę
wyrazy współczucia rodzinie składają

składają
Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarskich,
Przełożona Pielęgniarek wraz z Zespołem Pielęgniarskim
DSS im.T. Marciniaka CMR we Wrocławiu

DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH