

ISSN 1640-7679

Biuletyn



Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

7-8/2020



1-7 sierpnia
Światowy Tydzień
Promocji
Karmienia Piersią

Zalecenia Krajowego
Konsultanta w Dziedzinie
Pielęgniarstwa
Pediatrycznego

4

Długoterminowe dożylnie
dostępny centralne

10

Rekomendacje Polskiego
Towarzystwa Położnych

18

Będąc młodą
pielęgniarką

20



K O N K U R S

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

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

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

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

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

4. Artykuły należy przesłać do 1 października 2020 r.
5. Prace zostaną komisyjnie ocenione przez zespół jury, w skład którego wchodzi Zespół Redakcyjny oraz Przewodnicząca ORPiP w Łodzi.
6. Najciekawsze prace zostaną nagrodzone:
7. Prace wskazane przez zespół jury zostaną opublikowane na łamach naszego Biuletynu.
8. Lista artykułów nagrodzonych będzie opublikowana w kolejnych biuletynach.
9. Autor każdej opublikowanej pracy w Biuletynie otrzyma honorarium zgodnie z obowiązującym regulaminem Biuletynu.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi
Agnieszka Kałużna

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Joanna Gąsiorowska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi
Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi
Maria Kowalczyk

Skarbnik ORPiP w Łodzi
Maria Cianciara

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
Małgorzata Pniak
dyżuruje w II i IV wtorek miesiąca
w godz. 13.00–15.00
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
Edyta Ziemkiewicz
dyżuruje w I i III czwartek miesiąca
w godz. 15.00–17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

Agnieszka Głowacka
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 69 63 w. 10

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
ul. Emilii Plater nr 34, 91-762 Łódź
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74
czynne: wtorek: 10.00–18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00–16.00;
poniedziałek – dzień bez interesantów
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl
– *przyjmowanie wniosków o dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym*

Konto bieżące OIPiP

Santander Bank Polska SA, ul. Sienkiewicza 24, II Oddział w Łodzi
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu

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

Kształcenie podyplomowe

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

Biblioteka OIPiP

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

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00–18.00; czwartek: 9.00–16.00
tel. 42 633 23 94

Mecenas

wtorek: 14.00–18.00, czwartek: 12.00–14.00
tel. 42 633 71 06

Kasa

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

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 2

DZIAŁ PRAWNY 5

PRAKTYKA ZAWODOWA 7

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 20

POŻEGNANIA 28

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 91-762 Łódź, ul. Emilii Plater 34
tel. 42 633 69 63 w. 10; fax 42 633 68 74;
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelny: Agnieszka Głowacka
Bank Zdjęć Photogenica: okładki, s. 7, 16, 26, 28
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
ISSN: 1640-7679
Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl



Szanowni Państwo, Drodzy Czytelnicy

Po raz kolejny miło mi spotykać się z Państwem za pośrednictwem stron wakacyjnego numeru Biuletynu OIPIP. Ponownie chciałabym zachęcić do refleksji nad poruszonymi w numerze treściami.

Jednym z wiodących tematów, który został podjęty w związku z obchodzonym w sierpniu Światowym Tygodniem Karmienia Piersią, jest potrzeba upowszechniania poradnictwa laktacyjnego. Zwraca na to uwagę Światowa Organizacja Zdrowia wskazując, że instytucje związane ze zdrowiem jak również pracownicy służby zdrowia powinni wprowadzać tzw. 10 kroków, które pomogą matkom karmić piersią i poprawią zdrowie dzieci. WHO podkreśla jeszcze wiele korzyści płynących z karmienia naturalnego w tym stosunkowo rzadko dostrzegany aspekt ekologiczny wskazuje na to tegoroczne hasło Światowego Tygodnia Karmienia Piersią: „Support Breastfeeding For A Healthier Planet” („Wspieraj Karmienie Piersią Dla Zdrowszej Planety”)

Jest jeszcze kilka interesujących tematów, do których przeczytania zachęcam. Jeśli chcieliby Państwo podzielić się swoimi spostrzeżeniami lub wskazać tematy, które warto byłoby poruszyć na łamach biuletynu zachęcam do kontaktowania się z Redakcją na adres: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelny
Agnieszka Głowacka

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY

Posiedzenia i głosowania przy wykorzystaniu środków bezpośredniego porozumiewania się na odległość na podstawie art. 14 h ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U.2020.374 ze zm.)

XXXI posiedzenie ORPiP w dniu 18 czerwca 2020 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarszy OIPIP w Łodzi – 2 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 1 położnej.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wpisano położną do rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarkę.
- ▶ Wydano duplikat zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 2 pielęgniarkom.

- ▶ Wydłużono termin ważności prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarszy OIPIP w Łodzi – 2 pielęgniarkom i 1 pielęgniarszowi.
- ▶ Stwierdzono wygaśnięcie ograniczonego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki z powodu upływu czasu na jaki zostało wydane – 7 pielęgniarek.
- ▶ Stwierdzono wygaśnięcie ograniczonego prawa wykonywania zawodu położnej z powodu upływu czasu na jaki zostało wydane – 10 położnych.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 5 praktyki pielęgniarek i 3 praktyki pielęgniarsza.
- ▶ Dokonano wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarek.
- ▶ Dokonano zmiany wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 1 praktyki pielęgniarki poprzez zmianę rodzaju praktyki.
- ▶ Rozpatrzono i utrzymano w mocy 1 odwołanie o odmowie przyznania dofinansowania, ze względów regulaminowych – wniosek złożony po terminie.
- ▶ Podjęto decyzje dotyczące składek członkowskich na rzecz OIPIP w Łodzi: wyrażono zgodę na zwrot nadpłaconych składek członkowskich na rzecz OIPIP – zgodnie z wnioskami 3 pielęgniarek.
- ▶ Przyznano członkom OIPIP w Łodzi 5 zapomóg losowych w wysokości 3 × 2500 zł, 1 × 1500 zł, 1 × 1000 zł. 1 osobie odmó-

wiono zapomogi, ze względów regulaminowych – zapomoga może być przyznana tylko żyjącemu członkowi OIPIP w Łodzi.

- ▶ Dokonano do SMK wpisu zmiany dotychczasowych danych w rejestrze organizatorów kształcenia OIPIP w Łodzi w zakresie wpisu 1 szkolenia specjalizacyjnego, zgodnie z wnioskiem organizatora kształcenia.
- ▶ Podjęto uchwały dotyczące ogłoszenia w Biuletynie i sfinansowanie 3 nagród – Konkurs „Moja historia z czasów Korony doświadczenia pielęgniarki/położnej w dobie COVID-19”.
- ▶ Zatwierdzono:
 - koszty wykonania przestrzennego logo OIPIP w Łodzi wraz z podświetleniem.
 - koszty zakupu materiałów ogrodniczych i wykonania prac związanych z zagospodarowaniem terenu zielonego wokół budynku OIPIP w Łodzi.
 - koszty zakupu zestawów oświetlenia zewnętrznego siedziby OIPIP w Łodzi.
 - koszty wykonania dokumentacji projektowej parkingu dla samochodów osobowych.
 - koszty uzupełnienia wyposażenia biura OIPIP w Łodzi.
- ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji konkursowej na stanowiska kierownicze w podmiocie leczniczym – 1 z-cy dyrektora ds. lecznictwa.

LX posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 30 czerwca 2020 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 2 pielęgniarek i 1 pielęgniarsza.
- ▶ Wpisano pielęgniarki do rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 2 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono pielęgniarki z rejestru pielęgniarek OIPIP w Łodzi – 3 pielęgniarki.
- ▶ Wykreślono położną z rejestru położnych OIPIP w Łodzi – 1 położną.
- ▶ Wydłużono termin ważności prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarszy OIPIP w Łodzi – 1 pielęgniarszowi.
- ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPIP w Łodzi – 5 praktyk pielęgniarki.
- ▶ Zatwierdzono:
 - honoraria dla 3 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPIP nr 5–6/2020.
 - zakup do biura OIPIP w Łodzi urządzenia wielofunkcyjnego iRAC256i firmy Canon.
- ▶ Wystosowano Stanowisko Przewodniczącej ORPiP w Łodzi w sprawie nowelizacji kodeksu karnego dokonanego w drodze ustawy z dnia 19 czerwca 2020 r. o dopłatach do oprocentowania kredytów bankowych udzielanych przedsiębiorcom dotkniętym skutkami COVID-19 oraz o uproszczonym postępowaniu o zatwierdzenie układu w związku z wystąpieniem COVID-19.

oprac. mgr M. Kowalczyk – Sekretarz ORPiP

Komunikat Działu Kształcenia OIPIP w Łodzi

W związku z obecną sytuacją epidemiczną w naszym kraju i w odniesieniu do decyzji Ministra Edukacji Narodowej wynikającej z konieczności zapobiegania rozprzestrzeniania się koronawirusa, od dnia 11 marca 2020 r. zostało bezterminowo zawieszona prowadzenie zajęć teoretycznych w siedzibie OIPIP w Łodzi, przy ul. E. Plater 34 oraz zajęć praktycznych w placówkach medycznych.

Jak tylko sytuacja w naszym kraju ulegnie poprawie i zostanie przywrócone normalne funkcjonowanie jednostek systemu oświaty, zrobimy co w naszej mocy, aby pielęgniarki i położne, które rozpoczęły różne formy kształcenia podyplomowego pomyślnie je ukończyły.

Na obecną chwilę nie jesteśmy w stanie określić kiedy wrócimy do regularnego prowadzenia zajęć dydaktycznych. Przede wszystkim musimy mieć pewność, że zarówno branie udziału w zajęciach teoretycznych, a w szczególności w zajęciach praktycznych nie będzie narażało zdrowia i życia uczestników.

Jednocześnie informujemy, że w MZ zostały wypracowane rozwiązania legislacyjne, mające na celu wprowadzenie zmian w przepisach prawa, które umożliwią na czas zagrożenia epidemicznego lub epidemii prowadzenie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych z wykorzystaniem metod i technik kształcenia na odległość. Po wejściu w życie procedowanych przepisów stosowne informacje zostaną zamieszczone na stronie internetowej Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Dział Kształcenia prowadzi listy osób zainteresowanych na szkolenia i kursy – zgłoszenia indywidualne i grupowe prosimy dokonywać poprzez wysłanie wiadomości email na adres szkolenia@oipp.lodz.pl lub kursy@oipp.lodz.pl z uwzględnieniem danych takich jak: rodzaj i dziedzina kształcenia, imię, nazwisko, telefon i adres mailowy osoby zainteresowanej. O wznowieniu prowadzenia zajęć uczestnicy poszczególnych szkoleń i kursów zostaną poinformowani mailowo.

Ponadto zapraszamy do zapoznania się z informacjami udostępnionymi na stronie internetowej OIPIP w Łodzi – www.oipp.lodz.pl. W Dziale Kształcenia Podyplomowego znajdziecie Państwo m.in. najważniejsze informacje dotyczące kształcenia podyplomowego, instrukcję do SMK oraz komunikaty dotyczące prowadzonych rekrutacji na kursy i szkolenia.

Zalecenia Krajowego Konsultanta w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego dla pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania/higienistek szkolnych/pielęgniarek pediatricznych dotyczące bezpieczeństwa opieki nad uczniami oraz dziećmi przebywającymi w przedszkolach i żłobkach na okres epidemii koronawirusa SARS-CoV-2 po wznowieniu tradycyjnej nauki w szkołach

(aktualizacja z dnia 08.05.2020 r.)

1. W przypadku podjętej decyzji Rządu o wznowieniu nauki w szkołach oraz wznowienia opieki w przedszkolach i żłobkach metodą tradycyjną oraz decyzji o wznowieniu opieki profilaktycznej nad uczniami w środowisku nauczania i wychowania realizowanej przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania/higienistki szkolne/pielęgniarki pediatriczne zaleca się następujące zasady postępowania.
2. Gabinet profilaktyczny powinien być wyposażony w środki do dezynfekcji powierzchni, środek do dezynfekcji rąk, rękawice diagnostyczne, maseczki chirurgiczne, maski z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbice, fartuchy flizelinowe ochronne, fartuchy barierowe wodoodporne.
3. W ramach udzielanych świadczeń w gabinecie profilaktycznym powinien przebywać tylko jeden uczeń/dziecko, który powinien zdezynfekować ręce niezwłocznie po wejściu do gabinetu.
4. W czasie realizacji świadczeń profilaktycznych, takich jak: realizacja testów przesiewowych, sprawowanie opieki poprzemieskowej oraz czynne poradnictwo nad uczniami/dziećmi z problemami zdrowotnymi, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.
5. W ramach udzielania pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc oraz sprawowania opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym w ramach realizacji świadczeń pielęgniarstwa, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska chirurgiczna, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch flizelinowy.
6. Realizowany przez pielęgniarkę/higienistkę program edukacji zdrowotnej, powinien poza standardowymi treściami, zawierać przede wszystkim zasady minimalizacji ryzyka transmisji infekcji wirusowych w tym infekcji koronawirusem SARS-CoV-2. Szkoła/przedszkole/żłobek powinny zabezpieczyć środki do dezynfekcji rąk dla uczniów/dzieci/opiekunów i pracowników.
7. W kontaktach bezpośrednich (innych niż udzielanie świadczeń zdrowotnych) w środowisku szkoły/przedszkola/żłobka należy przestrzegać dystansu min. 1,5–2 m. W kontaktach z gronem pedagogicznym, rodzicami w miarę możliwości minimalizować kontakty bezpośrednie zamieniając je na porady telefoniczne. W kontaktach bezpośrednich stosować maskę chirurgiczną.
8. Należy opracować zasady sprzątnięcia gabinetu profilaktycznego i dezynfekcji powierzchni (w tym m.in. dezynfekcja blatów, klamek, używanego sprzętu medycznego, telefonu z częstotliwością 2 razy dziennie). Nie stosować aerozoli. Stosować częste wietrzenie gabinetu.
9. W przypadku stwierdzenia objawów infekcji sugerujących podejrzenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2 u ucznia, pracownika szkoły/przedszkola/żłobka tj. gorączka powyżej 38°, kaszel, duszność, inne objawy infekcji górnych dróg oddechowych, należy skierować osobę chorą do domu oraz zalecić kontakt z odpowiednim Powiatowym Inspektorem Sanitarnym, który pokieruje dalszym postępowaniem oraz zgłosić podejrzenie telefonicznie do Powiatowego Inspektora Sanitarnego. Sposób postępowania z osobami z kontaktu określa Powiatowy Inspektor Sanitarny, z którym pielęgniarka i dyrektor szkoły/przedszkola/żłobka powinni być w kontakcie i realizować jego zalecenia. W przypadku wymagającym pilnej interwencji medycznej należy zadzwonić pod nr 112 – dyspozytor podejmie decyzję o transporcie pacjenta dedykowanym transportem „COVID-19”. Ucznia należy odizolować do czasu przybycia opiekuna. Pielęgniarka/higienistka powinna polecić uczniowi/pracownikowi szkoły/przedszkola/żłobka nałożenie maseczki. Dyrektor szkoły/przedszkola/żłobka powinien wyznaczyć pokój, w którym uczeń/dziecko będzie odizolowane do czasu przybycia opiekuna. Uczeń/dziecko/pracownik nie powinien opuszczać budynku podczas przerwy międzylekcyjnej lub jeśli to możliwe opuścić budynek innym wyjściem znajdującym się najbliżej pokoju, w którym został odizolowany. Pomieszczenie, po opuszczeniu go przez ucznia/dziecko, powinno być zdezynfekowane i przewietrzone.
10. Podczas udzielania świadczeń u ucznia/dziecka/pracownika, u którego objawy sugerują podejrzenie zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2, pielęgniarka poza rutynowymi zasadami higieny rąk, powinna zastosować następujące środki ochrony osobistej: maska z filtrem FFP2 lub FFP3, okulary ochronne lub przyłbica, rękawice, jednorazowy fartuch barierowy wodoodporny.
11. Nie rekomenduje się stosowania u uczniów profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi w warunkach szkolnych.

dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek
Krajowy Konsultant w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego

Proszę o interpretację prawną zapisów art. 4c. ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wprowadzonego na podstawie art. 15 ustawy z 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Czy w sytuacji, gdy osoba wykonująca zawód medyczny jest zatrudniona w dwóch lub więcej podmiotach leczniczych i podlega obowiązkowej kwarantannie wynikającej z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w jednym z podmiotów leczniczych otrzymuje zasiłek chorobowy w wysokości:

- 1) 100% w każdym z podmiotów leczniczych, w którym jest zatrudniona,
- 2) 100% w podmiocie, w którym pozostawała w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19, a 80% w pozostałych podmiotach medycznych, w których wykonuje zawód medyczny?



Ministerstwo Zdrowia
Departament
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani!

W odpowiedzi na Pani zapytanie mailowe z dnia 27.05.2020 r. dotyczące wypłaty zasiłku chorobowego – na tle stosowania zapisów art. 4c. Ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wprowadzonego na podstawie Art. 15 Ustawy z 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, uprzejmie prosimy o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Na podstawie obowiązujących przepisów tj. art. 4c ww. ustawy, zwanej dalej „specustawą”: „W okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii ubezpieczonemu wykonującemu zawód medyczny zatrudnionemu w podmiocie leczniczym, w okresie podlegania obowiązkowej kwarantannie lub izolacji w warunkach domowych, o których mowa w przepisach o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, wynikających z pozostawania w styczności z osobami chorymi z powodu COVID-19 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w podmiocie leczniczym oraz w czasie niezdolności do pracy z powodu COVID-19 powstałej w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia

w podmiocie leczniczym przysługuje zasiłek chorobowy, którego miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku obliczonej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.” Szczegółowe zasady ustalania prawa do zasiłków, ich wysokości oraz zasady wypłaty zasiłków dla wszystkich osób podlegających ubezpieczeniu chorobowemu określa ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2020 r. poz. 870, z późn. zm.), zwaną dalej „ustawą zasiłkową”.

Zasiłek chorobowy przysługuje przez okres trwania niezdolności do pracy z powodu choroby lub niemożności wykonywania pracy – nie dłużej jednak niż przez 182 dni, a jeżeli niezdolność do pracy została spowodowana gruźlicą lub występuje w trakcie ciąży – nie dłużej niż przez 270 dni (art. 8 ustawy zasiłkowej).

Zgodnie z art. 92 § 1 ustawy Kodeks pracy, „za czas niezdolności pracownika do pracy wskutek: 1) choroby lub odosobnienia w związku z chorobą zakaźną – trwającej łącznie do 33 dni w ciągu roku kalendarzowego, a w przypadku pracownika, który ukończył 50 rok życia – trwającej łącznie do 14 dni w ciągu roku kalendarzowego – pracownik zachowuje prawo do 80% wynagrodzenia, chyba że obowiązujące u danego pracodawcy przepisy prawa pracy przewidują wyższe wynagrodzenie z tego tytułu”.

Stąd też na podstawie ww. art. 92 Kodeksu pracy i art. 36 ust. 1 ustawy zasiłkowej – podstawę wymiaru wynagrodzenia chorobowego oraz zasiłków przysługujących pracownikowi stanowi przeciętne miesięczne wynagrodzenie wypłacone za 12 miesięcy kalendarzowych poprzedzających miesiąc, w którym powstała niezdolność do pracy.

Jeżeli niezdolność do pracy powstała przed upływem 12 miesięcy zatrudnienia, pod uwagę bierze się przychód za pełne miesiące kalendarzowe ubezpieczenia (art. 36 ust. 2 ustawy zasiłkowej).

Co do zasady podstawę wymiaru zasiłku chorobowego ustala się z uwzględnieniem wynagrodzenia uzyskanego przez pracownika u płatnika składek w okresie nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego, w trakcie które go powstała niezdolność do pracy (art. 36 ust. 4 ustawy zasiłkowej). Jeżeli jednak ubezpieczony przedstawiciel zawodu medycznego jest związany stosunkiem pracy z więcej niż z jednym podmiotem leczniczym, gdzie np. jedna z umów trwała dłużej niż druga, podstawę wymiaru świadczenia chorobowego trzeba ustalić oddzielnie dla każdej z nich, z odrębnego okresu podlegania ubezpieczeniu chorobowemu.

Natomiast, gdy umowy o pracę wykonywane są w tym samym czasie – u każdego z pracodawców pracownik ma prawo do wynagrodzenia za okres niezdolności do prac z powodu choroby jak już wspomniano wyżej (art. 92 Kodeksu pracy) – za okres pierwszych 33 dni niezdolności do pracy z powodu choroby w roku kalendarzowym (pracownikom, którzy ukończyli 50 rok życia przysługuje ono przez 14 dni). Począwszy od 34 lub 15 dnia niezdolności do pracy z powodu choroby pracownicy nabywają prawa do zasiłku chorobowego.

Formalnie-prawną podstawą do wypłaty ww. świadczeń chorobowych w warunkach obecnie panującej epidemii koronawirusa, w przypadku konieczności poddania się kwarantannie lub izolacji jest decyzja państwowego powiatowego inspektora sanitarnego.

W przypadku, gdy ubezpieczony – pracownik medyczny ma więcej niż jednego pracodawcę – płatnika składek, decyzja wydana przez właściwego inspektora sanitarnego staje się samodzielną podstawą do wypłaty wynagrodzenia u każdego z pracodawców (należy zwrócić uwagę, że powinna ona zawierać odpowiednią ilość odpisów adekwatną do liczby pracodawców-zakładów leczniczych).

Na tej podstawie, za okres trwania kwarantanny lub izolacji przysługuje na ogólnych zasadach wynagrodzenie za czas choroby, zasiłek chorobowy wypłacany przez płatnika składek (np. pracodawcę) lub Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Aby w takiej sytuacji uzyskać świadczenie z tytułu choroby,

należy przekazać decyzję inspektora sanitarnego do wypłacającego świadczenie (np. do pracodawcy, ZUS). Pracownik przekazuje decyzję inspektora do swojego płatnika składek, np. pracodawcy.

Natomiast, dla oceny stanu faktycznego uprawniającego do przyznania i wypłaty ww. świadczeń chorobowych w przypadku osoby, która jest ubezpieczona i wykonuje zawód medyczny oraz stanie się niezdolna do pracy w wyniku poddania takiej osoby izolacji lub kwarantannie z powodu pozostawania w styczności z osobami chorymi na SARS-CoV-2 w związku wykonywaniem obowiązków wynikających z zatrudnienia w więcej niż jednym podmiocie leczniczym – nie ma znaczenia w którym podmiocie (x czy y) doszło do ryzyka kontaktu z koronawirusem.

Osoba wykonująca zawód medyczny jest uprawniona na podstawie decyzji państwowego powiatowego inspektora sanitarnego o konieczności poddania się kwarantannie lub izolacji – do wynagrodzenia za czas choroby/zasiłku chorobowego, których miesięczny wymiar wynosi 100% podstawy wymiaru zasiłku, z każdego tytułu ubezpieczenia społecznego – od każdego z pracodawców. Jednak pod jednym warunkiem, że u obu pracodawców podlega obowiązkowo do ubezpieczenia chorobowego (np. jest pracownikiem dwóch zakładów leczniczych).

Dodatkowo warto zaznaczyć, że w myśl art. 63 ustawy zasiłkowej, w razie wątpliwości dotyczących ustalania prawa do zasiłku lub jego wypłaty płatnik składek może wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych o ustalenie uprawnień do zasiłku. O ustalenie uprawnień do zasiłku może wystąpić do Zakładu Ubezpieczeń Społecznych również ubezpieczony. Od wydanej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych decyzji przysługuje odwołanie do sądu zgodnie z pouczeniem zawartym w decyzji.

Z poważaniem
Greta Kanownik
Dyrektor

Komentarz redaktora: W pracy spotykamy się wciąż z nowymi wyzwaniami, które musimy pokonywać. Na domiar tego ciąży na nas odpowiedzialność za życie i zdrowie naszych pacjentów, nas samych ale i naszych najbliższych. Dlatego w wykonywaniu naszej jakże odpowiedzialnej i trudnej pracy, powinny pomagać nam przepisy prawa, dając poczucie bezpieczeństwa. Niestety, wiele z tych przepisów jest pisana językiem prawniczym, który trudno osobie niestykającej się z nim na co dzień zrozumieć. Sytuację komplikuje też fakt, że w życie wchodzi wciąż nowe rozporządzenia i ustawy i trudno jest znaleźć odpowiednią ilość czasu, żeby je śledzić. Na łamach biuletynu chcemy pomóc być Państwu na bieżąco w tej dziedzinie jak również pomóc w zrozumieniu trudnych zagadnień prawnych. Jeśli macie Państwo jakieś wątpliwości i pytania, chciałbym zachęcić do dzielenia się nimi z redakcją biuletynu. Postaramy się wówczas na nie odpowiedzieć.

Budowanie autorytetu zawodowego przez pielęgniarkę w miejscu pracy

mgr ANNA JANOTA

„Zanik autorytetu jest równoznaczny ze zrujnowaniem podstaw świata...” Tymi słowami Hannah Arendt (filozof 1906–1975) wskazała, że bycie autorytetem wiąże się z ogromną odpowiedzialnością.

Obecnie bardzo ważnym aspektem pracy zawodowej pielęgniarki jest budowanie przez nią swojego autorytetu w miejscu pracy, ale musi mieć ona świadomość, że każda jej decyzja może stać się dla koleżanek, kolegów czy studentów wzorem do naśladowania.

Według słownika języka polskiego autorytetem jest człowiek mający duże poważanie ze względu na swą wiedzę lub postawę moralną, stawiany za wzór do naśladowania, a także mający wpływ na postawy i myślenie innych ludzi. Autorytet to powszechnie uznana czyjaś powaga, wpływ, znaczenie, posłuch, poważanie, szacunek, respekt.

Budowanie autorytetu jest umiejętnością i gotowością do kreowania własnego wizerunku w celu zdobycia zaufania i szacunku ludzi, z którymi się na co dzień stykamy.

W obliczu kryzysu wartości współczesnego świata warto zastanowić się nad tym, jaką rolę pełnią autorytety w życiu człowieka? Czy dbamy o budowanie własnego autorytetu w miejscu pracy? Od czego zależy siła autorytetu zawodowego pielęgniarki?

Bardzo ważnym aspektem budowania autorytetu w miejscu pracy jest postawa pielęgniarki. Taka postawa, która uwidacznia zaangażowanie w pracę, dąży do jak najlepszego wykorzystania wiedzy i chce, aby każdy dyżur rozwijał i uczył czegoś nowego. Taka pielęgniarka pragnie podczas pracy jak najlepiej i najpełniej wykorzystać swój potencjał. Potrafi szybko podjąć decyzję i reagować w trudnych sytuacjach. Jest uczciwa i rzetelna. Trudno wyobrazić sobie pielęgniarkę – autorytet, która przychodzi do pracy „za karę”, wręcz unika pracy i negatywnie reaguje na pacjenta.

W badaniach, przeprowadzonych w 2018 roku za pomocą kwestionariusza ankiety, uczestniczyło 100 pielęgniarek z Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego Uniwersyteckiego Centrum Pediatrii im. M. Konopnickiej w Łodzi. Celem badań było wykazanie, jakie determinanty i w jakim stopniu wpływają na budowanie autorytetu zawodowego przez pielęgniarkę w miejscu jej pracy. Uczestnicy mogli oceniać dany czynnik w skali od 1 do 5, gdzie 1 – oznaczało ocenę najniższą, a 5 – najwyższą.



Na wykresach przedstawiono grupę badaną z uwzględnieniem stażu pracy.

Na podstawie wyników badań własnych zaobserwowano, że postawa pielęgniarek ma ogromny wpływ na budowanie ich autorytetu w miejscu pracy, podobnie takie cechy, jak uczciwość i rzetelność w zawodzie. W każdej z grup pielęgniarki w większości oceniły najwyżej zarówno postawę, jak i uczciwość oraz rzetelność w zawodzie (wykres – s. 8).

Postawa i podejście do życia i pracy to coś, co warto kształtować, bo nie da się ich określić z dnia na dzień, ale pracuje się nad nimi całe życie.

Niezbędne jest również uświadomienie sobie, jak bardzo na budowanie autorytetu czy to w zawodzie, czy w społeczeństwie wpływa poczucie własnej wartości. Warto podjąć wysiłek nad przełamywaniem samoograniczających nas lęków i kompleksów, gdyż zasłania to wiele zalet i kompetencji, którymi dysponujemy, a także blokuje osiąganie celów osobistych i zawodowych. Jeżeli pielęgniarka będzie uważać się za bezsilną, słabą, niekompetentną, zależną, niegodną uznania i szacunku to tak będzie postrzegana i traktowana przez innych. Niskie poczucie własnej wartości będzie przekładać się na jej zachowanie, a taką osobą, która pokazuje swoją niepewność dużo łatwiej manipulować.

Według informacji zaczerpniętych z piśmiennictwa – pielęgniarki nisko oceniają pozycję swojego zawodu, a to z kolei może być czynnikiem powodującym zaniżone poczucie własnej wartości i niską samoocenę. Jeśli ktoś posiada niskie poczucie własnej wartości, a co za tym idzie także niewielki szacunek dla siebie i nie potrafi traktować siebie poważnie,

to będzie mu trudno zdobyć ten szacunek u innych. Również wyniki badań udowadniają, że poczucie własnej wartości jest niezwykle istotnym elementem w budowaniu swojego autorytetu. Większość ankietowanych pielęgniarek z każdej grupy stażowej oceniła go najwyżej, jednak ten aspekt najlepiej oceniła grupa z 0–10 letnim stażem pracy – w tym przedziale stażowym pojawiły się tylko oceny 4 i 5.

W budowaniu autorytetu niemałe znaczenie ma także wygląd. Czy nie mówimy: „Jak nas widzą tak nas piszą”? Osoba zmęczona czy smutna wygląda mniej kompetentnie niż osoba uśmiechnięta i zadbana. Istnieje mechanizm psychologiczny, nazwany efektem aureoli (zwany też efektem halo), polegający na automatycznym przypisywaniu pozytywnego lub negatywnego wrażenia. Pielęgniarka serdeczna, uśmiechnięta i schludnie ubrana będzie podświadomie odbierana przez pacjentów i współpracowników jako bardziej profesjonalna niż pielęgniarka zaniedbana czy przemęczona. Choć oczywistym jest fakt, że wygląd i cechy osobowościowe są od siebie niezależne, to jednak takie nieświadome mechanizmy psychologiczne istnieją, zatem warto je wykorzystać w budowaniu swojego pozytywnego wizerunku i dbać o to, jak wyglądamy w pracy.

Uczestnicy badań ocenili ten czynnik w większości na poziomie 3–5. Grupa z 20–30-letnim stażem pracy w zdecydowanej większości oceniła wygląd najwyżej, w grupie z 11–20-letnim i powyżej 30-letnim stażem również przeważała ocena 5, natomiast w grupie 0–10-letnim stażem przeważała ocena 4.

Każda pielęgniarka powinna nie tylko szanować sama siebie i swoją pracę, ale również współpracowników. Kształtowanie właściwych, dobrych relacji między członkami zespołu terapeutycznego jest niezbędne w tak trudnej i odpowiedzialnej pracy, co nie tylko przyczynia się do budowania autorytetu zawodowego pielęgniarki, ale również wiąże się z ogromną odpowiedzialnością. Zgodnie z Kodeksem Etyki Zawodowej

Pielęgniarki i Położnej współodpowiedzialność za młodsze pielęgniarki nakazuje dzielić się z nimi doświadczeniem, wiedzą i umiejętnościami, a także rozwijać w nich właściwą postawę zawodową właśnie swoim przykładem.

Nie sposób nie wspomnieć tutaj o roli kierownika, która ma niemałe znaczenie w budowaniu relacji w zespole. Pielęgniarka zarządzająca powinna umieć budować relacje z ludźmi, powinna umieć rozmawiać i słuchać, a także indywidualnie i sprawiedliwie odnosić się do każdego pracownika. To, jak będzie kierowany zespół wpływa znacząco na relacje i pracę w zespole, a także ma niemałe znaczenie w budowaniu autorytetu tej osoby. Relacje ze współpracownikami, jako czynnik wpływający na budowanie autorytetu, najwyżej oceniła najstarsza stażem grupa ankietowanych pielęgniarek. Młodsze stażem grupy również w większości oceniły ten czynnik najwyżej, jednak w tych samych grupach pojawiła się również ocena 1 i 2.

Nadrzędną wartością dla pielęgniarki dążącej do wzmocnienia swojego autorytetu zawodowego w miejscu pracy powinien być przede wszystkim szacunek dla godności człowieka, zarówno wobec współpracowników, jak i wobec pacjentów. To przecież dla pacjentów pielęgniarka przede wszystkim pracuje.

Bardzo ważna jest komunikacja z pacjentem. Informowanie oraz edukacja jego i jego rodziny, a także przygotowanie go do samoopieki, to obszar szczególnie istotny, a często zaniedbany. Ponadto zapominamy o tym, że w komunikacji zarówno z pacjentem, jak i jego rodziną istotne jest nie tylko przekazywanie „suchych” informacji, ale również komunikacja niewerbalna, a więc nasza postawa, gesty, mimika czy intonacja. Ogromne znaczenie ma sposób, w jaki mówimy i jakich słów używamy. Czasem wystarczy uśmiech i odrobina empatii, o które tak niekiedy trudno. A przecież to nic nie kosztuje.

Według piśmiennictwa pielęgniarki w swojej pracy zawodowej powinny przywiązywać większą wagę do emocjonalnego

wspierania pacjentów. U pielęgniarki – autorytetu – pacjent powinien wyczuwać empatię, otwartość oraz chęć pomocy. Wtedy zyskuje ona szacunek. Takie samo zdanie mają ankietowane pielęgniarki. Ten czynnik pielęgniarki ze wszystkich czterech grup oceniły najwyżej – powyżej 85% w każdej grupie, a grupa pielęgniarek z najdłuższym stażem – nawet 94%.

Pielęgniarka – autorytet wyróżnia się też fachową i rzetelną wypowiedzią, dlatego przedstawienie się swojemu pacjentowi z imienia i nazwiska, czy to podczas przyjęcia na oddział, czy to kiedy przebywa w oddziale, a pielęgniarka widzi go po raz pierwszy, jest niezwykle istotne. Wzbudza to szacunek u pacjenta, a także zwiększa w pewnym stopniu jego poczucie bezpieczeństwa. Jest wiele wspaniałych pielęgniarek, ale dopóki się nie przedstawiają, pozostają anonimowe, a przecież żaden autorytet nie jest anonimowy. Bez budowania autorytetu w oczach pacjentów pielęgniarka nie zbuduje swojego autorytetu zawodowego.

To, jak poważnie traktujemy siebie sami, wpływa na nasz wizerunek w oczach innych, na budowanie naszego autorytetu. Uczestnicy badań ocenili ten czynnik w sposób bardzo zróżnicowany. Może to wynikać z niezrozumienia, czym jest brak anonimowości. Najniższa ocena – ocena 1 – pojawiła się we wszystkich grupach stażowych, z wyłączeniem grupy pielęgniarek najmłodszych stażem (0–10 lat pracy).

Autorytet to nie tylko postawa, wizerunek i relacje. To również wykształcenie oraz fachowa wiedza i umiejętności. Jednak sama wiedza i umiejętności to zbyt mało. Są one użyteczne, ale tylko dla osoby, która ją posiada. Zatem jeśli pielęgniarka chce budować swój autorytet w aspekcie wiedzy i doświadczenia, to musi też dzielić się tym, co potrafi, aby ta wiedza pracowała, ubogacała i służyła innym. Powinna dzielić się nią zarówno z pacjentami i ich rodzinami w edukowaniu do samoopieki, jak i ze swoimi współpracownikami.

Wszystkie pielęgniarki z grupy najmłodszej stażem wiedzę i umiejętności oceniły bardzo wysoko (ocena 4 i 5). Również większość badanych pielęgniarek z pozostałych grup oceniła ten czynnik najwyżej (75% i powyżej).

Zgodnie z ustawą o zawodzie pielęgniarki i położnej – kształcenie podyplomowe jest obowiązkiem każdej aktywnej pielęgniarki. Zawód ten wymaga dzisiaj coraz większej wiedzy fachowej, dlatego pielęgniarki są jednymi z najbardziej kształcących się zawodowo osób. Obecnie możliwości dokończenia pielęgniarek są bardzo duże; umożliwiają uzyskanie dyplomu licencjata, magistra, pielęgniarki specjalistki, a nawet doktora. Ponadto pielęgniarki aktywnie uczestniczą w zjazdach i konferencjach naukowych. Każdego roku kończą wiele kursów specjalistycznych, kwalifikacyjnych czy specjalizacji. Ważne jest, aby motywacją do podnoszenia kwalifikacji nie była jedynie poprawa wynagrodzenia, a prawdziwa chęć pogłębiania wiedzy i doskonalenia w zawodzie.

Z uwagi na rozwój medycyny oraz postęp w diagnostyce i leczeniu, wykwalifikowana pielęgniarka, będąca członkiem zespołu terapeutycznego, ma większą autonomię. W profesji tej jest wiele miejsca na rozwój zawodowy, co wiąże się ściśle z budowaniem autorytetu zawodowego.

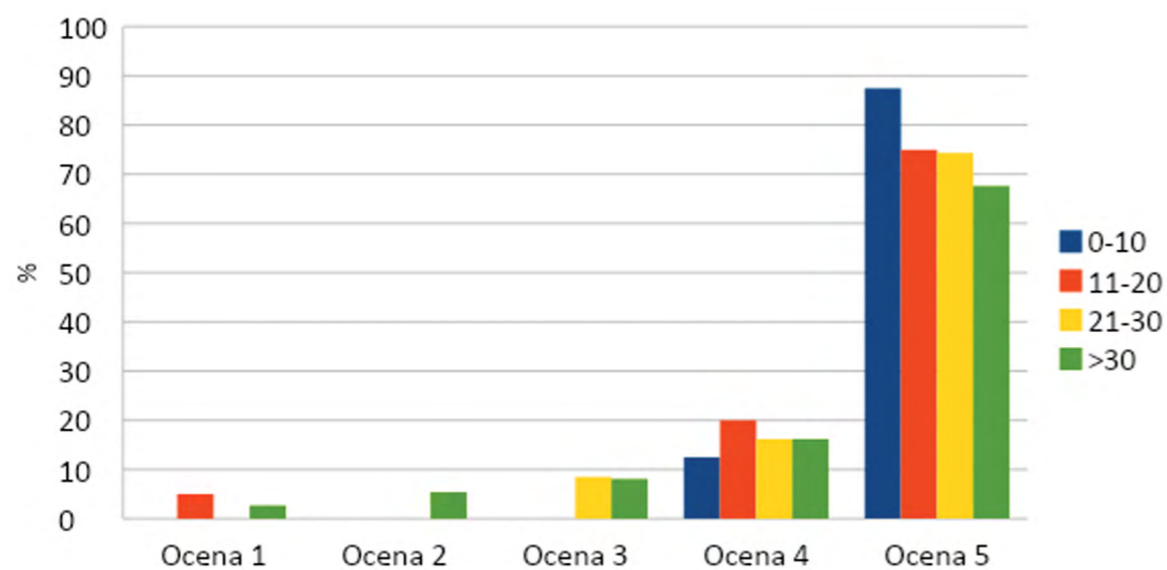
Niestety, budowanie prestiżu zawodowego pielęgniarki jest utrudniane funkcjonującymi w społeczeństwie stereotypami, przekonaniem i opiniami będącymi konsekwencją traktowania pielęgniarstwa w przeszłości jako zawodu pomocniczego. Takie postrzeganie nie uwzględnia obecnej sytuacji, w której pielęgniarstwo stało się kierunkiem kształcenia uniwersyteckiego, a pielęgniarki i pielęgniarze są odpowiedzialnymi wykonawcami samodzielnego zawodu.

Takie wnioski wyciągnęła autorka, analizując i przedstawiając tu wyniki własnych badań. Doskonalenie zawodowe, jako czynnik wpływający na budowanie autorytetu, zostało gorzej ocenione przez pielęgniarki z dłuższym stażem pracy.

Reasumując, mamy ogromny wpływ na to, jak jesteśmy postrzegani w życiu zawodowym. Postawa, poczucie własnej wartości, relacje ze współpracownikami, szacunek dla pacjenta oraz wiedza i umiejętności – to czynniki, które w bardzo wysokim stopniu wpływają na budowanie autorytetu zawodowego pielęgniarki w miejscu pracy. Warto również zwrócić uwagę na fakt, że autorytetu zawodowego nie da się nakazać i nie można go ustanowić. Autorytet trzeba zbudować samemu i jest to proces, który może trwać bardzo długo, natomiast stracić można go bardzo szybko.

„Trzeba, by autorytet wypłynął z wartości moralnych i intelektualnych; tylko wtedy jest on trwałym i poważnym.” (Władysław Grabski, polski polityk 1874–1938)

Wykres. Postawa



Piśmiennictwo

- Jurkiewicz A, Kobos E.: „Opinia pacjentów na temat pracy pielęgniarek”, „Pielęgniarstwo Polskie” nr 3 (65) 2017
- Glińska J., Bednarska A., Brosowska B., Lewandowska M.: „Analiza poziomu jakości opieki pielęgniarskiej w opinii pielęgniarek i pacjentów”. Piel. Chir. Angiol. 2012; 4
- Karney J.E.: „Psychopedagogika pracy”. Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa 2007
- Nowicka A.D.: „Budowanie wizerunku pielęgniarki i położnej. Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Stowarzyszenia Menedżerów Pielęgniarstwa. Gdańsk, 10. 10. 2015 r.
- Włodarczyk D., Topolska B.: „Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek”. Medycyna Pracy 2011, 3;
- Słownik Języka Polskiego PWN. <https://sjp.pwn.pl>
- Nyklewicz W.: „Wizerunek zawodowy pielęgniarek: Udawanie czy profesjonalizm?”. Mag. Pielęgniarki i Położnej. 2005;4
- Komunikat z badań CBOS: „Prestiż zawodów”. Warszawa, Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej, 2013
- Koralewicz D., Kuriata-Kościelniak E.I., Mróz S.: „Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce”, Piel? Zdrowie Publiczne, 2017;7
- Rogała-Pawelczyk G., Kubajka-Piotrowska J.: „Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim”, Warszawa 2009
- Kajder E., Zarzycka D.: „Wizerunek zawodowy pielęgniarki i jego determinanty”, ? 2004
- Włodarczyk D., Topolska B.: „Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek, Medycyna Pracy 2011, 62
- Siwek M., Nowak-Starz G.: „Współczesny wizerunek pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa”, Pielęgniarstwo Polskie nr 3 (65), 2017



Długoterminowe dożylnie dostępne centralne

mgr ELŻBIETA JANISZEWSKA

Od lat 70. XX w. do powszechnego użytku w procesie terapeutycznym wprowadzone zostały długotrwałe dożylnie dostępne centralne. Początkowo stosowane w żywieniu pozajelitowym i dializoterapii, z czasem znalazły zastosowanie w innych dziedzinach medycyny, w tym w onkologii i hematologii. Cewniki centralne przez to, że zapewniają dostęp do dużych naczyń żylnych, umożliwiają terapię, wymagającą podawania leków o wysokim stężeniu, miejscowo drażniących lub preparatów o dużej objętości. Możliwość utrzymania długotrwałego dostępu dożylnego eliminuje konieczność wielokrotnych iniekcji obwodowych, a tym samym redukuje ból i stres związany z ich zakładaniem. Wymienione wyżej cechy to tylko część zalet, jakie spowodowały, że permanentne cewniki centralne znalazły zastosowanie w leczeniu hematologicznym populacji dziecięcej. Ich użycie wpisuje się także w zakres działań, mających na celu poprawę komfortu terapii pacjentów, przede wszystkim poprzez redukcję zabiegów medycznych do niezbędnego minimum. Ich zaletą jest możliwość używania przez wiele miesięcy, a nawet lat pod warunkiem prawidłowej obsługi i pielęgnacji. Procedura ta dla pacjentów onkologicznych jest w pełni refundowana ze środków NFZ. Podczas żywienia pozajelitowego wykorzystuje się najczęściej: wkłucia centralne permanentne, tunelizowane (tcvc) typu Broviaca/Hickmana, Groshong oraz implantowane podskórnymi porty naczyniowe. Muszą być one bardzo wytrzymałe, a zarazem delikatne – bezpieczne dla żył pacjenta, wykonane z syntetycznych polimerów takich jak poliuretan i silikon, obojętne chemicznie, zgodnych biologicznie i odpornych na rozkład chemiczny i cieplny.

Dożylny cewnik centralny (CVC – central venous catheter)

Centralne cewniki naczyniowe są nieodzownym elementem prowadzenia leczenia na oddziale intensywnej terapii (OIT) jako pewny dostęp naczyniowy u krytycznie chorych oraz na innych oddziałach szpitalnych – zarówno zabiegowych, jak i zachowawczych. Coraz częściej CVC stosuje się w środowisku

domowym chorego. Wykorzystywane są do podawania leków, płynów infuzyjnych, dokonywania pomiarów hemodynamicznych np. cewnikowania tętnicy płucnej, prowadzenia dializoterapii czy stosowania leczenia żywieniowego. Zastosowanie cewnika centralnego daje możliwość przetaczania płynów hipertonicznych o osmolarności >800 mosmol/l. Cewnik do żyły centralnej zakłada się u pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia, ciężko i przewlekle chorych, oraz w przypadkach niemożności założenia wkłucia obwodowego np. u otyłych pacjentów. Cewnik naczyniowy można wprowadzić przez: żyłę szyjną wewnętrzną, żyłę zewnętrzną czy głównie preferowaną żyłę podobojczykową (techniką Seldingera) – wewnętrzną końcówką wkłucia zawsze zlokalizowana jest w okolicy wejścia do serca (miejsca o największym przepływie krwi ze względu na najmniejszą ilość powikłań zakrzepowych).

Dostęp centralny do żyły udowej wybierany jest tylko w ostateczności ze względu na ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowych. Opisywane są także miejsca dostępu naczyniowego wykorzystywane rzadko i w sytuacjach specjalnych. Należą do nich: żyła twarzowa wspólna, żyła pępkowa, żyła nieparzysta, żyła śledzionowa, żyła krezkowa, żyły międzybrowne, przez wątrobowe i lędźwiowe nakłucie żyły głównej dolnej.

Procedurę założenia cewnika centralnego wykonuje lekarz w warunkach aseptycznych na bloku operacyjnym, na sali zabiegowej o wzmożonym reżimie czystości lub stanowisku intensywnej terapii. Wybór miejsca implantacji cewnika należy do lekarza – po dokładnej analizie wskazań i przeciwwskazań, uwzględnieniu stanu pacjenta, warunków anatomicznych i własnych umiejętności. W sytuacji, gdy centralny cewnik dożylny zakładany jest po raz kolejny, preferowany dostęp może być ograniczony np. odcewnikowym powikłaniem zakrzepowym żyły, zarośnięciem żyły. Wówczas wybór miejsca implantacji powinien być poprzedzony badaniami obrazowymi (USG Doppler) z wytypowaniem dostępnych naczyń żylnych.

Końcówka CVC powinna być położona na granicy żyły głównej górnej i prawego przedsionka lub w obrębie prawego

przedsionka. Najczęściej stosowanym sposobem umocowania cewnika jest przyszycie go do skóry za pomocą nici chirurgicznych. Alternatywą jest mocowanie bezszwowe przy użyciu specjalnych systemów stabilizacji z hypoalergicznym klejem, co zapobiega dodatkowemu, potencjalnemu ryzyku infekcji w pobliżu miejsca wkłucia, a także zapewnia możliwość prawidłowej pielęgnacji. Zbyt mocno zawiązany szew uniemożliwia dokładną dezynfekcję pod skrzydełkami cewnika oraz może powodować odleżyny w miejscu przylegania zewnętrznych części cewnika.

Do zadań pielęgniarki/położnej należy:

- przygotowanie zestawu do kaniulacji,
- przygotowanie pacjenta,
- asystowanie podczas zabiegu,
- wykonywanie zleceń lekarskich,
- założenie i prowadzenie karty monitorowania wkłucia centralnego,
- prowadzenie indywidualnej dokumentacji pacjenta.

Epidemiologia

Każdy dostęp naczyniowy, niezależnie od miejsca implantacji, wiąże się z przerwaniem bariery ochronnej organizmu, jaką jest skóra. Fizjologiczna flora bakteryjna skóry pacjenta jest złożona i uznawana za podstawowy czynnik etiologiczny zakażeń odcewnikowych. Zakażenia odcewnikowe stanowią poważny problem w każdym szpitalu. Odgrywają znaczącą rolę pod względem śmiertelności pacjentów jak i w podwyższeniu kosztów opieki zdrowotnej.

Zakażenia krwi w oddziałach intensywnej terapii stanowią 20–40 proc. ogólnej liczby infekcji. Fakt ten jest związany przede wszystkim z ciężkim stanem klinicznym hospitalizowanych pacjentów, ale także z wykonywaniem dużej liczby inwazyjnych procedur. Przyczyną około 60 proc. zakażeń związanych z dostępem naczyniowym są ręce personelu i nieprawidłowe postępowanie na każdym etapie pielęgnowania CVC oraz linii naczyniowej. Edukacji dotyczącej dezynfekcji rąk powinni być poddawani również pacjenci (zależnie od ich stanu i mobilności) oraz ich krewni i rodziny. Do skażenia cewnika naczyniowego może dojść na etapie:

- zakładania wkłucia,
- obsługi linii naczyniowej,
- kontaktu cewnika z florą skórną pacjenta obecną w miejscu wkłucia,
- drogą hematogenną (poprzez kolonizowanie powierzchni cewnika przez drobnoustroje obecne w łożysku naczyniowym).

Najczęstszą przyczyną zakażeń związanych z obecnością cewników naczyniowych są drobnoustroje z grupy:

- bakterii Gram-dodatnich:
 - gronkowce koagulazo-ujemne, w tym Staphylococcus epidermidis, który mimo że należy do flory fizjologicznej skóry, posiada wyjątkową zdolność adhezji do tworzyw sztucznych (materiał cewnika),

- Staphylococcus aureus – w tym MRSA (ang. methicillin-resistant Staphylococcus aureus)
- bakterii Gram-ujemnych:
 - pałeczki z rodziny Enterobacteriaceae: Klebsiella pneumoniae, Enterobacter cloacae, Escherichia coli, Proteus mirabilis,
 - pałeczki niefermentujące: Pseudomonas aeruginosa, Acinetobacter baumannii
 - grzyby, głównie z rodzaju Candida (Candida albicans i Candida glabrata).

Zakażenie krwi, które jest związane z obecnością cewnika centralnego, charakteryzuje się występowaniem klinicznych objawów ogólnoustrojowej reakcji na zakażenie, a stan chorego poprawia się po usunięciu cewnika. Identyfikacja i rozpoznanie infekcji związanej z cewnikiem centralnym musi opierać się nie tylko na objawach klinicznych, lecz także na szczegółowej analizie materiału mikrobiologicznego pobranego od pacjenta.

Opatrunek

Opatrunek stosowany do ochrony miejsca wkłucia, jego dobór i prawidłowa aplikacja to bardzo istotny element pielęgnowania linii naczyniowej. Nie należy stosować opatrunków okluzyjnych, które stanowią barierę dla wilgoci i zapewniają idealne warunki do rozwoju bakterii. Przezroczyste opatrunki muszą być półprzepuszczalne dla pary wodnej i tlenu, ale nieprzepuszczalne dla mikroorganizmów. Rodzaj opatrunku jest uznany za jedną ze zmiennych, które mogą wpłynąć na powikłania związane ze stosowaniem CVC.

W praktyce dostępne są następujące opatrunki:

- jałowy, przezroczysty, półprzepuszczalny,
- jałowy z wkładem chłonnym (odpowiedni przy krwawieniu, sączeniu, poceniu),
- jałowy, przezroczysty, półprzepuszczalny, ze wzmocnioną obwódką,
- jałowy, przezroczysty, półprzepuszczalny, z zawartością chlorheksydyny.

Zarówno folia Tegaderm™ jak i żel CHG są przezroczyste, co zgodnie z wytycznymi CDC (Centrum Kontroli i Prewencji Chorób, Centers for Disease Control and Prevention, USA) i ICNA (Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, Wielka Brytania) umożliwia ciągłą kontrolę wizualną miejsca wkłucia, bez potrzeby odklejania opatrunku. Żel z glukoniem chlorheksydyny zapewnia ciągłe działanie bakteriobójcze przez 10 dni. Jest to idealny opatrunek do mocowania i zabezpieczania cewników centralnych, obwodowo wprowadzanych cewników centralnych, cewników dotętnicznych i portów dożylnych. Hydrożel CHG ma właściwości absorpcyjne. W przypadku krwawienia czy sączenia w miejscu wprowadzenia cewnika płyny zostaną wchłonięte przez żel, bez wpływu na przezierność i działanie bakteriobójcze żelu. Badania wykazują, że 2% roztwór glukonianu chlorheksydyny jest bardziej efektywny w obniżeniu zakażeń niż 70% alkohol

i 10% powidonu jodu. Zwiększona skuteczność chlorheksydyny jest przypisywana jej przedłużonej (resztkowej) aktywności przeciwbakteryjnej na skórze, trwającej co najmniej 6 godzin po jednorazowym zastosowaniu.

Opatrunek powinien być dobierany indywidualnie do każdego pacjenta. Przy wyborze należy wziąć pod uwagę:

- stan miejsca wprowadzenia cewnika,
- częstotliwość zmian,
- stan pacjenta,
- możliwość oceny miejsca wkłucia,
- łatwość aplikacji opatrunku,
- dobrą stabilizację cewnika (zapobieganie odłączeniu, migracji i uszkodzeniu cewnika).

W badaniach wykazano, że nie ma istotnych różnic wpływających na występowanie CR-BSI zależnie od zastosowanego typu opatrunku, ale należy pamiętać o zasadach jego doboru i brać pod uwagę np. uszkodzenie naskórka spowodowane częstymi wymianami opatrunków.

Najkorzystniejszą opcją jest stosowanie sterylnych, przezroczystych, półprzepuszczalnych opatrunków, które umożliwiają kontrolę miejsca wprowadzenia cewnika. Obserwację należy przeprowadzić minimum raz dziennie. W pierwszej dobie po założeniu CVC zalecane jest stosowanie opatrunku z warstwą chłonną, który powinien być wymieniony następnego dnia, z jednoczesną oceną miejsca wkłucia pod kątem krwawienia i ewentualnych cech infekcji. Jeżeli miejsce aplikacji opatrunku na to pozwala, należy zastosować opatrunek przezroczysty. W przypadku gdy pacjent nadmiernie się poci lub występuje śaczenie w miejscu wprowadzenia cewnika, należy zastosować opatrunek z wkładem chłonnym. Wykorzystanie w powyższych wymienionych przypadkach opatrunku foliowego zwiększa ryzyko wystąpienia zakażenia związanego z cewnikiem. W przypadku zastosowania opatrunku nieprzeziernego kontrola wymaga kontaktu z pacjentem w celu oceny ewentualnego bólu w miejscu wprowadzenia cewnika. Jeśli nie ma możliwości kontaktu z chorym, opatrunek tego typu należy wymieniać codziennie. Częstość zmian opatrunków powinna być uzależniona od zastosowanego rodzaju opatrunku:

- włókninowe z wkładem chłonnym – nie rzadziej niż co 72 godziny,
- przezroczyste – co 7 dni,
- na świeżo założonym wkłuciu – po 24 godzinach.

Bez względu na rodzaj opatrunku, powinien być on zmieniony zawsze, gdy jest nieuszczelnny, wilgotny, zabrudzony. Nie jest zalecane stosowanie maści z dodatkiem środków antyseptycznych lub antybiotyków w miejscu założenia CVC, ponieważ istnieje niebezpieczeństwo rozwoju zakażeń grzybiczych, a także indukowania oporności bakteryjnej na zastosowany antybiotyk.

Do dezynfekcji światła cewników należy stosować środki dezynfekcyjne zgodne z zaleceniem producenta. Roztwory wodne chlorheksydyny dopuszcza się do zastosowania podczas wymiany opatrunków w przypadku, gdy producent cewnika nie zezwala na wykorzystanie środków alkoholo-

wych. W wyjątkowych sytuacjach jako antyseptyk można zastosować alkoholowy roztwór 5% powidonu jodu. Skórę należy dezynfekować techniką przecierania, pamiętając o zalecanym czasie do całkowitego wyschnięcia zastosowanego środka:

- 2% glukonian chlorheksydyny z alkoholem – 30 sekund,
- 2% glukonian chlorheksydyny wodny – 2 minuty,
- jodopowidon – 2 minuty,
- preparat 70% alkoholu izopropylowego – zgodnie z zaleceniem producenta.

Zabieg implantacji dożylnego dojścia centralnego

- Dożylny cewnik centralny naczyniowy stosowany jest u pacjentów wymagających częstego podawania leków dożylnie (np. w przypadku chemioterapii, czy żywienia pozajelitowego).
- Niweluje ból związany z częstym zakładaniem dojsć dożylnych.
- Zmniejsza ryzyko uszkodzenia naczynia pod wpływem podawanych leków, przez co redukuje ryzyko powikłań naczyniowych, w tym wynaczynień cytotatyków.
- Daje możliwość pobierania krwi do badań.
- Niekiedy stanowi jedyną możliwość leczenia, w przypadku gdy nie można podać leków do żył obwodowych.

Port naczyniowy

Port jest stałym i długoterminowym dostępem dożylnym. Składa się z komory, czyli zbiorniczka wyposażonego w samouszczelniającą się membranę, do której wkłupa się specjalną igłą, oraz połączonego z nią cewnika, umieszczonego w żyłę centralnej

Zabieg implantacji trwa około 30–40 minut i jest przeprowadzany za zgodą pacjenta w znieczuleniu ogólnym. Port znajduje się całkowicie pod skórą pacjenta.

Zaletą portu jest możliwość jego używania przez wiele miesięcy, a nawet lat. Niestety, do jego użytkowania konieczne jest zakucie igłą przy każdym pobycie w szpitalu; wymiana igły powinna zostać przeprowadzona co około 10 dni.

Cewnik typu Broviac

- Broviac jest stałym i długoterminowym dostępem dożylnym
- Jest to tunelizowany cewnik umieszczony w żyłę główną
- Zabieg implantacji trwa około 30–40 min i jest przeprowadzany za zgodą pacjenta w znieczuleniu ogólnym
- Zaletą tego typu dojścia jest brak konieczności klucia dziecka przy konieczności użycia cewnika
- Ten rodzaj dojsć dożylnych wymaga szczególnej pielęgnacji, m.in. płukania co 2–10 dni w zależności od rodzaju

używanych środków zabezpieczających (nie wskazane pobieranie oraz przetaczanie preparatów krwi do tego typu dostępu dożylnego)

- Cewnik ten jest dość łatwo przypadkowo usunąć (co może być przeciwwskazaniem do jego założenia u małych dzieci). Po założeniu portu naczyniowego i dojścia centralnego typu Broviac zawsze dokonuje się kontroli za pomocą zdjęcia rentgenowskiego RTG klatki piersiowej w celu potwierdzenia i udokumentowania położenia końcówki cewnika.

Przeciwwskazania do zabiegu implantacji dożylnego dojścia centralnego

- Zaburzenia krzepnięcia, przewlekłe przyjmowane leki zmniejszające krzepnięcie krwi.
- Infekcja, zakażenia miejscowe lub uogólnione/zmiany skórne w miejscu planowanego wszczępienia dojścia centralnego.
- Niski poziom białych krwinek, niski poziom płytek krwi.
- Brak zgody rodziców lub/i pacjenta.

Powikłania związane z zabiegiem implantacji cewnika/portu naczyniowego

Typowe powikłania związane z uzyskiwaniem centralnego dostępu dożylnego:

- nakłucie tętnicy podobojczykowej lub uszkodzenie nerwów (np. uszkodzenie gałęzi splotu ramiennego lub nerwu przeponowego), odma opłucnowa, odma podskórna, krwiak opłucnej, krwawienie i krwiak w miejscu nakłucia żyły lub implantacji cewnika lub portu, zator powietrzny (powikłanie rzadkie), ale mogące mieć śmiertelny przebieg;
- zaburzenia rytmu serca związane z podrażnieniem wewnętrznej powierzchni prawego przedsionka lub komory serca przez prowadnicę;



- nieprawidłowe umieszczenie cewnika (wymagany może być kolejny zabieg celem skorygowania ustawienia).

Powikłania podczas użytkowania cewnika centralnego

- Zakażenie wzdłuż przebiegu cewnika, komory portu, zakażenia skóry i/lub tkanki podskórnej okolicy dojścia centralnego; początkowo zazwyczaj tylko kolonizacja, później – gdy patogeny przedostaną się do krwi – zakażenie pochodzące od cewnika może prowadzić do powstania uogólnionego zakażenia krwiopochodnego i może stanowić zagrożenie co do zdrowia i życia.
- Niedrożność systemu:
 - niepełna – brak objawów, nie przeszkadza w wykorzystaniu urządzeń,
 - częściowa, tzw. aspiracyjna, dojścia centralnego, czyli brak możliwości pobrania (zaaspirowania) krwi przez dojście (brak cofania się krwi) – najczęściej spowodowane obecnością na końcu cewnika ruchomej skrzepliny zachowującej się jak zastawka, czy wentyl,
 - całkowita – brak możliwości zarówno pobrania krwi, jak i podania substancji do naczynia
- Nieszczelność układu.
- Zakrzepica żylna/uszkodzenie mechaniczne cewnika – zgniecenie pomiędzy pierwszym żebrzem i obojczykiem, uszkodzenie na obojczyku poprzez ucisk z zewnątrz, pęknięcie pod wpływem wysokiego ciśnienia.

Pozanaczyniowe podanie leku

- Może powstać w wyniku niedokładnego wkłucia igły do portu, bądź jej wysunięcia, pęknięcia lub rozszczelnienia systemu.
- Częściej zdarza się to, gdy pacjent energicznie chodzi/biega/bawi się i nie zwraca uwagi na funkcjonujący zestaw.
- Pamiętajmy, że niezwłocznie należy zgłaszać personelowi medycznemu wszystkie zaburzenia w przepływie substancji, bądź pojawienie się objawów tj. obrzęk, ból czy zaczerwienienie okolicy wkłucia.
- Wynaczyniona substancja może spowodować martwicę w miejscu podania; w takim przypadku dalsze leczenie będzie wstrzymane co najmniej w pierwszej fazie gojenia.
- Zapobieganie polega na prowadzeniu rozsądnego, dostosowanego do okoliczności trybu życia i zgłaszaniu niepokojących objawów personelowi medycznemu. Liczne publikacje dowodzą, że liczba powikłań zależy od rozmiaru użytego cewnika. W populacji pacjentów pediatrycznych liczba powikłań zależy także od proporcji rozmiaru cewnika i konstytucji ciała dziecka. Obecnie najczęściej stosowaną skalą określającą rozmiar cewnika jest skala French (Fr) zwana także „Charrière” (od nazwiska paryskiego producenta sprzętu medycznego z XIX w. Joseph-Frédéric-Benoît Charrière).

Inna skala używana do określenia rozmiaru cewników, skala Gauge (G) opiera się o średnicę zewnętrzną i wewnętrzną cewnika. Jest to skala malejąca i rozpoczyna się od wartości 32 G. Im większa wartość G, tym rozmiar cewnika mniejszy.

Powikłania w trakcie usuwania dożylnego cewnika centralnego

- Zakażenie i odczyn zapalny w miejscu wszczepienia.
- Krwiak w żyły po usunięciu porcie.
- Przerost, „rozciągnięcie” blizny w miejscu po usunięciu porcie/cewniku.
- Przyrośnięcie/przylgnięcie cewnika do ściany naczynia – brak możliwości usunięcia cewnika z naczynia i konieczność interwencji kardiochirurgicznej lub radiologii interwencyjnej.
- Powietrzny zator żylny (powikłanie rzadkie), ale mogące mieć potencjalnie śmiertelny przebieg.

Pielęgniarka/położna asystuje podczas odcinania końcówki cewnika CVC (3–5 cm), którą zamyka w przygotowanym pojemniku i przekazuje wraz ze skierowaniem do laboratorium. Dokumentuje wykonanie zabiegu jako asysta: w Karcie monitorowania wkłuc centralnych oraz pobrania końcówki cewnika na badanie mikrobiologiczne: w Indywidualnej karcie zleceń lekarskich – badania oraz Indywidualnej dokumentacji pacjenta.

Zasady postępowania z cewnikiem centralnym

- Każdorazowe używanie wymaga przestrzegania szczególnych zasad higieny i aseptyki.
- Cewnik typu Broviac, jeśli jest nie używany, powinien być płukany roztworem heparyny min. raz na 10 dni.
- Port naczyniowy nie wymaga takiej procedury.
- Do nakłuwania portu naczyniowego służą specjalnie przystosowane igły ze specjalnie ukształtowanym ostrzem i różnych rozmiarów (dostosowane do wielkości portu); nie wolno nieprzystosowaną igłą nakłuwać portu, gdyż prowadzi to do jego uszkodzenia.
- Po każdym użyciu cewnika/portu konieczne jest jego przepłukanie solą fizjologiczną lub roztworem soli fizjologicznej z dodatkiem heparyny (w zależności od tego, jak długi jest przewidywany okres nieużywania urządzenia).
- W przypadku niedrożności aspiracyjnej (częściowej) cewnika może być on wykorzystywany do podawania leków dopiero po sprawdzeniu pod kontrolą monitora i wykluczeniu ewentualnych innych przyczyn niedrożności; w dużej części przypadków po wykonaniu odpowiednich procedur przez wykwalifikowany personel medycznych całkowita sprawność cewnika zostaje przywrócona.

- W żadnym wypadku nie wolno podejmować prób przechnięcia skrzepliny podając płyn pod dużym ciśnieniem, grozi to ciężkimi powikłaniami.
- W razie niewyjaśnionych infekcji przebiegających z gorączką i dreszczami zawsze należy wykonać badania wykluczające zakażenie cewnika bądź portu.
- W przypadku stwierdzenia objawów wstrząsu septycznego port/cewnik powinien zostać niezwłocznie usunięty.

Podsumowanie

Wszystkie powyższe elementy powinny być tematem szkoleń teoretycznych i praktycznych dla personelu pielęgniarskiego, który ma zawodowy obowiązek uczestniczenia w kształceniu ustawicznym. Aktywne uczestnictwo w programach kształcenia związanych z linią naczyniową jest niezbędnym elementem nabywania aktualnej wiedzy na temat opieki i poprawy wyników pielęgnowania. Placówki ochrony zdrowia powinny zapewnić personelowi pielęgniarskiemu stałą możliwość pogłębiania wiedzy i rozwoju umiejętności w praktyce klinicznej, dostępność do sprzętu i specjalistycznych materiałów, a także orientację pracowników odnośnie możliwości ich wykorzystania. W badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych wykazano, że ponad 50 proc. zakażeń cewników naczyniowych wynikało z braku wystarczającej edukacji i szkoleń personelu w tym zakresie.

Systemowe działania zgodne z zasadami dobrej praktyki podnoszą w znaczącym stopniu świadomość i wiedzę personelu opiekującego się pacjentami. Stają się niezbędnym elementem strategii pielęgnowania, zapobiegania zakażeniom odcewnikowym i minimalizacji ich występowania. Badania wykazują, że istnieje związek między obsadą osobową personelu pielęgniarskiego, poziomem ich wiedzy oraz ryzykiem zakażenia. Doraźne dopełnianie obsad pielęgniarskich personelem z innych oddziałów znacząco podwyższa poziom zagrożenia CA-BSI. Obszary zarządzania ryzykiem związanym z zakażeniami określa Zalecenie Rady Unii Europejskiej z dnia 9 czerwca 2009 roku w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną (2009/C151/01).

Zalecane jest systematyczne szkolenie personelu pielęgniarskiego w zakresie prawidłowego postępowania z cewnikiem i linią naczyniową. Szkolenie powinno uwzględniać elementy zgodne z obowiązującymi wytycznymi opartymi na dowodach naukowych. Wskazane jest prowadzenie szkolenia w warunkach symulowanych (PTPAiO).

Kompetencje pielęgniarki specjalistki pielęgniarstwa pediatrycznego

Szkolenie specjalistyczne, zwane specjalizacją jest to rodzaj kształcenia, który zgodnie z art. 67 ust. 1 ustawy z dnia

15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 z późn. zm.) ma na celu uzyskanie przez pielęgniarkę/rza specjalistycznej wiedzy i umiejętności w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia oraz tytułu specjalisty w tej dziedzinie.

Pielęgniarka po ukończeniu specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego uprawniona jest do:

- nakłucia portu naczyniowego i podawania leków cytostatycznych przez port naczyniowy, utrzymania drożności portu;
- podawania leków cytostatycznych przez centralny cewnik dożylny typu Broviac, Groshong oraz ich pielęgnacji.

Literatura

1. Polskie Towarzystwo Żywności i Metabolizmu. „Żywność i Metabolizm”. „Żywność i Metabolizm”. „Standardy żywienia dojelitowego i pozajelitowego”. Podręcznik dla pacjentów. Krakowskie Wydawnictwo Scientifica, Kraków 2014.
2. Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki „Zalecenia w sprawie pielęgnowania pacjenta z założonym krótkoterminowym centralnym cewnikiem naczyniowym”, 2018.
3. Zapobieganie zakażeniom związanym z cewnikami donaczyniowymi. Rekomendacja Komisji ds. Higieny Szpitalnej i Zapobiegania Infekcjom (KRINKO) przy Instytucie Roberta Kocha. Zeszyt XVII, 2018.
4. Kłęk S. Zakażenia związane z obecnością cewników u chorych długotrwale żywionych pozajelitowo. Med Prakt Chir 2012;101(1):72–75.
5. Bryzik-Wechowska W, Klein D, Rotkegel S, Chudek J. Zastosowanie roztworu taurolidyny z heparyną do zamykania cewników tunelizowanych w profilaktyce zakażeń odcewnikowych u chorych hemodializowanych. Nefrol Dial Pol 2012;16(2):65–68.
6. Polnik D., Kalicki P., Kornacka M.K., Łaniewski-Wońk P., Migdał M., Świetliński J. Zalecenia dotyczące stosowania i obsługi cewników tunelizowanych z mankiem (typu Broviac, Hickman i Groshong) u noworodków i niemowląt – propozycja. Medycyna Wieku Rozwojowego. 2008, 12,1–10.
7. Kotkiewicz B. Zastosowanie długotrwałych centralnych dostępów dożylnych u dzieci. Analiza powikłań. Rozprawa doktorska. Poznań 2017.
8. Góraj E.J., Misiak M. Zastosowanie wszczepialnych portów naczyniowych – wskazania, obsługa, pielęgnacja i powikłania. Medycyna Paliatywna. 2013, 5(3), 67–69.
9. Wołowicka L., Dyk D. Anestezjologia i intensywne opieka – klinika i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. PZWL, Warszawa 2008.
10. Paul L. Marino. Intensywna Terapia. Wydanie IV. (red. Andrzej Kübler). Urban & Partner, Wrocław 2017.

mgr piel. Elżbieta Janiszewska
specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa
anestezjologicznego i intensywnej opieki,
przewodnicząca PTPAiO – Oddział w Łodzi,
członek koła PTP, PTPR oraz
Komisji Kształcenia, Promocji i Rozwoju Zawodu
przy OIPiP w Łodzi

Poznań, 05.02.2013 r.

Opinia w sprawie usuwania przez pielęgniarkę cewnika założonego do żyły centralnej

Pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe w drodze kształcenia zawodowego i kształcenia podyplomowego. Z analizy dokumentacji kształcenia wynika, że w obszarze procedur cewnikowania naczyń krwionośnych pielęgniarka uzyskuje następujące kwalifikacje:

1. W wyniku kształcenia zawodowego: do zakładania i usuwania cewnika z żył obwodowych, oceny miejsca wkłucia centralnego oraz jego pielęgnacji.
2. W wyniku kształcenia podyplomowego po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki: do asystowania lekarzowi przy kaniulacji żyły głównej oraz pielęgnowania wkłucia centralnego i obwodowego.
3. W wyniku kształcenia podyplomowego po specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki: do pielęgnowania dostępu naczyniowego (cewnik Shaldona), usuwania cewnika Shaldona i asystowania przy jego zakładaniu. W związku z powyższym uważam, że dotychczasowy zakres programowy kształcenia zawodowego i podyplomowego pielęgniarek nie prowadzi do uzyskania przez pielęgniarkę kwalifikacji do usuwania cewnika z żył centralnych.

Danuta Dyk
Konsultant Krajowy w dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki

W związku z powyższym pielęgniarki i położne nie powinny podejmować działań wykraczających poza ich uprawnienia zawodowe.

Adres do korespondencji:
Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego
ul. Smoluchowskiego 11, 60-179 Poznań
tel.: 061 6559 239, e-mail: dyk@amp.edu.pl



mgr **BOŻENA PAWŁOWSKA**

Karmienie piersią

W związku z powyższym warto wiedzieć o tym, że w okresie przedneolitycznym ludzie żyjący w społecznościach myśliwsko-zbieraczych nie znali innego sposobu karmienia dzieci niż karmienie piersią. Niemowlęta spędzały cały czas przy boku matki. Ta bliskość pozwalała na karmienie dziecka do 4., a nawet do 6. roku życia. Z czasem kobiety częściej i ciężiej pracowały, co wpływało na wcześniejsze odstawienie dziecka od piersi.

Najstarsze teksty dotyczące karmienia piersią, spisane na papirusach około 1600 r. p.n.e. odnaleziono w Egipcie. Z kolei najstarsze zalecenia dotyczące czasu karmienia piersią pochodzą z Bliskiego Wschodu; datuje się je na 3000 r. p.n.e. W Egipcie odnaleziono pochodzące z 4000 r. p.n.e. naczynia służące do karmienia piersią. Zgodnie ze starożytnym piśmiennictwem moment zaprzestania karmienia naturalnego przypadał na 2–3 rok życia dziecka. Egipskie kobiety zazwyczaj same karmiły piersią; wyjątek stanowiły członkinie rodów królewskich, których dzieci zwyczajowo karmiły mamki.

Mitologia Rzymian opisuje Romulusa i Remusa ssących sutku symbolicznej wilczycy. W imperium Greków i Rzymian większość kobiet karmiła swoje dzieci piersią, ale z czasem upowszechnił się zwyczaj oddawania dzieci pod opiekę mamek.

W Sparcie w IV w. p.n.e. karmienie piersią zalecano w dekrete królewskim. W czasach starożytnych, w których normy obyczajowe kształtowali filozofowie uznawano, że

karmienie piersią to optymalny sposób żywienia niemowląt. Kobiety zachęcano do kontynuowania takiego karmienia do 3. roku życia dziecka.

W Biblii mówi się o matce karmiącej przez trzy lata najmłodszego syna, którego rodzeństwo zginęło z rąk króla Antiocha. Stary Testament zawiera informację, że 90-letnia Sara karmiła Izaaka piersią.

Zgodnie z Talmudem i Midrasze dziecko należy przystawiać do piersi natychmiast po porodzie i karmić przez 1,5–2 lat. Starożytni Hebrajczycy popierali oraz karmienie piersią i wyrażali dezaprobatę dla karmienia innymi pokarmami oraz oddawania dzieci pod opiekę mamek. Uważali też, że dziecko chore powinno być karmione piersią dłużej niż zdrowe.

Koran podaje, że dziecko należy karmić piersią do 2. roku życia, jeśli mąż nie zdecyduje inaczej.

Średniowieczny lekarz Avicenna podkreślał znaczenie karmienia piersią, a mleko opisywał jako „białą krew”. Zalecał ten sposób karmienia w celu utrzymania zdrowia dziecka. Jednak już w średniowieczu warunki ekonomiczne zmuszały mieszczańki – żony kupców i rzemieślników – do pracy zawodowej i dzieci były oddawane pod opiekę mamek.

Moda XVI-wiecznej Europy wpływała negatywnie na karmienie piersią. Gorszy usztywniające skórą i metalem spłaszczające kobiece biust, deformując piersi i uniemożliwiając skuteczną laktację. W Europie od XV do XVIII w. kobiety pochodzące z niższych klas społecznych i mieszkające na wsiach karmiły dzieci piersią, co wiązało się z ich sytuacją ekonomiczną. Z tej klasy społecznej wywodziły się także mamki. Jeśli sytuacja materialna rodziny nie pozwalała na zatrudnienie mamki, bardzo wcześnie do diety dziecka wprowadzano pokarmy inne niż mleko kobiece. W uprzemysłowionej XIX-wiecznej Europie zaczęto karmić dzieci mieszkankami podawanymi butelką. Jedyne grupy społeczne, które mogły wybrać sposób karmienia własnych dzieci, to bogata arystokracja i kupcy.

Porady dotyczące karmienia piersią nie zmieniały się znacząco pomiędzy początkiem XV a drugą połową XVIII w. i przypominały raczej zbiór wierzeń niż teorie medyczno-naukowe. Nie istniały wówczas ograniczenia dotyczące czasu karmienia piersią – dzieci karmiono na żądanie i przeciętnie przez 18–24 miesiące. W drugiej połowie XVIII w. lekarze wprowadzili tabele dotyczące czasu i długości karmienia, co miało wpłynąć na socjalną odpowiedzialność matek. W 1860 r. fabryka Nestle rozpoczęła produkcję mieszanek mlecznych dla niemowląt.

Pierwszymi, którzy zwrócili uwagę na znaczenie karmienia naturalnego w XIX i na początku XX wieku, byli lekarze. Antoni Skórkowski w wydanej w 1881 r. w Wilnie dziele „Matki i karmicielki” przypominał, że starożytna Hellada i Rzym kwitły, dopóki matki nie złożyły najświętszych obowiązków karmicielce na niewolnicę.

Doktor Władysław Szejnach w wydanych w 1918r przez Królewsko-Polskie Ministerstwo Zdrowia Publicznego, Opieki Społecznej i Ochrony Pracy „Radach dla matek”

pisał: 1. Karm dziecię własną piersią. 2. Staraj się karmić przez 9 miesięcy. 4. Nie wierz matko tym, którzy mówią, że dziecko przy piersi może dostawać różne pokarmy, ponieważ niby mu wtedy nie szkodzi.

W latach 1930–1960 intensywnie rozwijał się rynek sztucznych mieszanek oraz akcesoriów do żywienia niemowląt i karmienie nimi stało się powszechnym zjawiskiem.

Pracownicy ochrony zdrowia, nie uświadamiając sobie różnicy jakościowej pomiędzy mieszkanką a pokarmem kobiecym, propagowali takie praktyki jak opóźnienie pierwszego karmienia, podawanie mieszkanki w pierwszych dobach, oddzielanie dzieci od matek, podawanie dziecka do karmienia w ustalonych godzinach, określonej liczbie razy, zalecanie zachowywania przerwy. Z roku na rok odnotowywano zmniejszanie się liczby dzieci karmionych piersią.

Przełomowe okazały się wyniki badań opublikowane w 1974 r. przez Johna Gerrarda, kanadyjskiego naukowca, który wykrył kompleksy immunologiczne w pokarmie kobiecym. Od tej chwili karmienie piersią zaczęto postrzegać jako brakujące ogniwo ochrony immunologicznej dzieci w pierwszych miesiącach życia, a w przypadku wielu regionów świata jako „przepustkę do życia”.

Za przywróceniem karmienia naturalnego i jego systemową ochroną opowiedziały się i nadal je popierają m.in.: Organizacja Narodów Zjednoczonych (ONZ), Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNICEF), Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).

Dzieci karmione wyłącznie piersią mają 14 razy niż pozostałe dzieci większe szanse na to, aby przetrwać pierwsze sześć miesięcy życia. Rozpoczęcie karmienia piersią w pierwszym dniu po urodzeniu może zmniejszyć ryzyko śmierci noworodków aż o 45 procent.

Karmienie piersią poprawia zdolność dziecka do uczenia się oraz pomaga zapobiegać otyłości i przewlekłym chorobom w późniejszym okresie życia. Ostatnie badania przeprowadzone w USA i Wielkiej Brytanii wskazują na duże oszczędności opieki zdrowotnej wynikające z karmienia piersią, biorąc pod uwagę, że dzieci karmione piersią chorują znacznie rzadziej niż dzieci, które nie były karmione tą właśnie metodą.

Karmienie piersią jest korzystne nie tylko dla zdrowia dziecka, ale również dla jego matki. Kobiety karmiące metodą naturalną szybciej odzyskują siły po urodzeniu dziecka i szybciej powracają do wagi sprzed ciąży. Badania wskazują, że kobiety karmiące piersią znacznie rzadziej doświadczają depresji poporodowej, a także rzadziej zapadają na raka jajnika i piersi w późniejszym życiu.

Literatura:

1. „Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy” pod. red. M. Nehring-Gugulskiej, M. Żukowskiej-Rubik, A. Pietkiewicz; Medycyna Praktyczna; Kraków 2017.
2. „Sztuka karmienia piersią” H. Lohrtp; Media Rodzina; Warszawa 2011.
3. www.unicef.pl

Światowy Tydzień Promocji Karmienia Piersią corocznie jest organizowany na całym świecie. Głównym założeniem całej inicjatywy jest promowanie karmienia wyłącznie mlekiem matki przez pierwsze pół roku życia dziecka w celu zapewnienia jego prawidłowego rozwoju. Po raz pierwszy obchodzono go 1 sierpnia 1990 r., kiedy 29 państw, w tym Polska, podpisało tzw. Deklarację Innocenti WHO i UNICEF – w sprawie ochrony, propagowania i wspierania karmienia piersią. W Polsce jest organizowany od 20 lat. W większości krajów to pierwszy tydzień sierpnia, ale niektóre państwa obchodzą go w innych dogodnych terminach, tak jak w Polsce. Termin obchodów akcji w naszym kraju w dniach 26 maja – 1 czerwca „spina” dwa ważne święta – Dzień Matki i Dzień Dziecka.



Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Położnych

Zasady wsparcia kobiety karmiącej w środowisku domowym w trakcie realizacji poszerzonych porad laktacyjnych położnej POZ

Cel wizyt

Wizyty położnej POZ mają na celu zdiagnozowanie możliwości rozpoczęcia i utrzymania karmienia piersią, profilaktykę wystąpienia potencjalnych nieprawidłowości, a także przygotowanie i wdrożenie indywidualnego, dostosowanego do potrzeb pacjentki planu opieki w zakresie rozwiązywania problemów laktacyjnych i utrzymania karmienia piersią.

Wymagane kwalifikacje:

Położna rodzinna/POZ po ukończonym kursie specjalistycznym „Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji.”

Miejsce udzielania świadczeń:

Miejsce zamieszkania pacjentki, poradnia POZ

Odbiorca usługi, porady

Kobiety: ciężarne, w okresie połogu, karmiące

Czas realizowanej porady/wizyty – wizyty laktacyjne nie mogą być łączone z wizytami patronażowymi:

- 1 wizyta/porada – opieka laktacyjna około 30–40. tydzień ciąży,
- 2 wizyta/porada – pierwsza wizyta do 5 doby od momentu wypisania ze szpitala
- 3 wizyta/porada – wykonana w ciągu 2–7 dni od poprzedniej wizyty,
- 4 wizyta/porada – od 14 doby po porodzie do końca laktacji (interwencje laktacyjne).
- 5 wizyta/porada – 5–6. miesiąc życia dziecka, czas rozszerzenia diety dziecka i wprowadzania produktów stałych.

Sprzęt wymagany do realizacji wizyty/porady

Waga do pomiaru masy ciała dla niemowląt, model piersi do demonstracji, laktatory elektryczne separacyjne, sterylne zestawy osobiste dla kobiety karmiącej, lejki w różnych rozmiarach, akcesoria do karmienia alternatywnego (strzykawka, kubek, łyżeczka, systemy wspomagające karmienie piersią).

Schemat/przebieg porady laktacyjnej

1. Porada laktacyjna w ciąży realizowana około 30–40. tyg. ciąży – składająca się z następujących elementów:

- Przeprowadzenie wywiadu ogólnego i medycznego (10 min.).

- Badanie fizykalne piersi i brodawek (budowa piersi i brodawek, ich wielkość, stawianie się, wysuwalność, elastyczność) z uwzględnieniem profilaktyki antynowotworowej (5 min.).
- Omówienie diagnozy z pacjentką (10 min.).
- Edukacja w zakresie fizjologii laktacji: informacje na temat korzyści płynących z karmienia piersią, przeciwwskazań do karmienia piersią oraz ryzyka karmienia mlekiem modyfikowanym; pojęcie karmienie na żądanie i według potrzeb, częstotliwość karmienia, oznaki głodu i sytości, pozycje do karmienia piersią (ćwiczenia), znaczenie dobrego uchwycenia piersi, ocena odpowiedniego odżywienia niemowląt; zakup odpowiednio dopasowanej bielizny i ubrania dla kobiety karmiącej, znaczenie wczesnego kontaktu skóry do skóry po porodzie (niezależnie od rodzaju porodu), przyjazna dla laktacji opieka szpitalna, okres optymalnego karmienia piersią i znaczenie grup wsparcia (50 min.).
- Edukacja na temat profilaktyki problemów laktacyjnych, zaniechanie stosowania rutynowo nakładek silikonowych, odciąganie ręczne mleka matki i przy użyciu laktatora (jeśli są wskazania), przyjmowanie leków w czasie laktacji, powody kontaktu z pracownikiem ochrony zdrowia (15 min.).
- Wdrażanie działań terapeutycznych w przypadku stwierdzenia nieprawidłowości (instruktaż ćwiczeń, wykorzystanie sprzętu np. nakładek formujących), ustalenie planu opieki z pacjentką (15 min.).
- Sformułowanie i przekazanie zaleceń laktacyjnych oraz materiałów edukacyjnych oraz dokumentowanie zrealizowanych działań (15 min.).

2. Wizyta/porada laktacyjna do 5 doby od momentu wypisania ze szpitala – składająca się z następujących elementów:

- Zebranie wywiadu ogólnego i medycznego, w tym dotyczącym przebiegu ciąży i porodu (10 min.).
- Ocena anatomii piersi matki i fizjologii laktacji (ocena odruchów neurohormonalnych), ocena wystymulowania laktacji (5 min.).
- Ocena kondycji dziecka (pomiar spadku masy ciała po porodzie lub przyrostu masy ciała, zażółcenie skóry wg schematu Kramera, napięcie mięśniowe, odruchy noworodkowe) (10 min.).
- Ocena budowy jamy ustnej dziecka i ocena odruchów oralnych, ocena jakości ssania, w tym ocena wędzidełka u dziecka (5 min.).

- Ocena techniki karmienia (w tym pozycji matki i dziecka), umiejętności chwytania piersi przez dziecko i ssania, ocena skuteczności karmienia (10 min.).
- Sformułowanie problemów laktacyjnych i omówienie ich z pacjentką, skorygowanie nieprawidłowości (20 min.).
- Sformułowanie zaleceń laktacyjnych oraz uzupełnienie dokumentacji (10 min.).
- Przekazanie indywidualnych zaleceń laktacyjnych na piśmie i materiałów edukacyjnych oraz dokumentowanie zrealizowanych działań (20 min.).

3. Wizyta/porada laktacyjna wykonana w ciągu 2–7 dni od poprzedniej wizyty (niepowodzenie w laktacji, problemy w inicjacji laktacji) – składająca się z następujących elementów:

- Zebranie wywiadu ogólnego i medycznego (10 min.).
- Badanie fizykalne piersi i rozpoznanie nieprawidłowości w ich obrębie (10 min.).
- Ocena kondycji dziecka (pomiar przyrostu masy ciała, ocena zażółcenia skóry wg schematu Kramera) (5 min.).
- Ocena techniki karmienia (w tym pozycji matki i dziecka), umiejętności chwytania piersi i ssania, skuteczności karmienia (10 min.).
- Sformułowanie problemów laktacyjnych i omówienie ich z pacjentką, skorygowanie nieprawidłowości (25 min.).
- Przekazanie indywidualnych zaleceń laktacyjnych na piśmie oraz dokumentowanie zrealizowanych działań (20 min.).

4. Wizyta/porada – od 14 doby po porodzie – do końca laktacji – problemy w karmieniu i interwencje laktacyjne.

- Wywiad położniczo-noworodkowy, wywiad dotyczący dotychczasowych karmień, obserwacja matki – stan ogólny i psychiczny (10 min.).
- Badanie fizykalne piersi (5 min.).
- Badanie dziecka – ocena kondycji (pomiar przyrostu masy ciała, zachowanie dziecka, ocena rozwoju dziecka) (5 min.).
- Obserwacja i ocena funkcji ssania u dziecka (budowy jamy ustnej dziecka i ocena odruchowych reakcji oralnych, badanie ssania „po palcu”) (5 min.).
- Ocena i obserwacja aktu karmienia: umiejętności chwytania i ssania piersi, efektywności pobierania pokarmu, pozycja podczas karmienia, przebieg karmienia (10 min.).
- Sformułowanie problemów laktacyjnych i omówienie ich z pacjentką, skorygowanie nieprawidłowości (25 min.).
- W razie potrzeby zlecenie dodatkowych badań biochemicznych i immunochemicznych w surowicy krwi, mikrobiologicznych (posiew pokarmu z antybiogramem), wystawienie skierowania na USG piersi i konsultacji specjalistycznych (10 min.).
- Ordynowanie leków (wypisywanie recept) wymaganych w procesie leczenia.
- Postawienie diagnozy/rozpoznania po zebraniu wszystkich informacji (10 min.).
- Przekazanie indywidualnych zaleceń laktacyjnych oraz udokumentowanie zrealizowanych działań w dokumentacji medycznej (10 min.).

5. Wizyta/porada – 5–6. miesiąc życia dziecka: rozszerzenie diety, wprowadzanie produktów stałych do diety dziecka.

- Zebranie wywiadu ogólnego i medycznego matki oraz dziecka (10 min.).
- Edukacja na temat metod rozszerzania diety, zasad wprowadzania pokarmów uzupełniających, konsystencji, różnorodności tekstur, wielkości i liczby posiłków. (10 min.).
- Edukacja w zakresie rozpoznawania sygnałów sytości i głodu.
- Edukacja na temat kolejności wprowadzania poszczególnych pokarmów/produktów (10 min.).
- Edukacja na temat unikania w diecie dziecka produktów niewskazanych.
- Zasady higieny przechowywania produktów i przygotowywania posiłków dla dzieci (10 min.).
- Ustalenie indywidualnego jadłospisu dla niemowlaka i omówienie go z pacjentką (10 min.).
- Przekazanie indywidualnych zaleceń dotyczących rozszerzania diety u niemowlęcia i przekazanie materiałów edukacyjnych dotyczących tej tematyki oraz dokumentowanie zrealizowanych działań (10 min.).

Wsparcie innych ekspertów w laktacji – lekarz chirurg, chirurg dziecięcy, neonatolog, pediatra, dermatolog, laryngolog, terapeuta neurologopeda, fizjoterapeuta.

W przypadku rozpoznania przez położną POZ nieprawidłowości anatomicznych i czynnościowych ze strony dziecka konieczna jest szybka (maksymalnie do 1. tygodnia od czasu rozpoznania problemu) interwencja. Z tego względu istnieje potrzeba wprowadzenia rozwiązań uprawniających położną do wystawiania skierowań w celu pogłębionej diagnostyki lub leczenia np. podcięcie wędzidełka (lekarz chirurg dziecięcy, neonatolog lub laryngolog), terapia neurologopedyczna lub fizjoterapeutyczna, diagnostyka ropnia piersi (lekarz chirurg).

Opracowanie merytoryczne:
dr n med. Dorota Ćwiek (IBCLC)
Samodzielna Pracownia Umiejętności Położniczych,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

dr n med. Bożena Kulesza-Brończyk
Zakład Położnictwa Ginekologii i Opieki
Położniczo-Ginekologicznej,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Zespół ekspertów Zarządu Głównego
Polskiego Towarzystwa Położnych:
prof. UM dr hab.n o zdr. Beata Pięta
dr hab. n o zdr. Grażyna Iwanowicz-Palus
dr hab. n o zdr. Agnieszka Bień
mgr Ewa Janiuk
mgr Barbara Gardyjas
dr n med. Grażyna Bączek
mgr Leokadia Jędrzejewska

mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ

Będąc młodą pielęgniarką

cz. I



Autorka pamiętnika

1 X 1972 r.

Marzą mi się studia na Akademii Medycznej, chociaż przeżywam niepowodzenie na całej linii – jeszcze nic nie umiem, zwłaszcza że za pasem dyplom, czyli podsumowanie pięcioletniej nauki w liceum medycznym.

5 VI 1972 r., poniedziałek

Już po ogłoszeniu wyników. Definitywnie zwyciężyła koleżanka K. Dyrektor później mówił, że decyzję Rady Pedagogicznej poprzedziła burzliwa dyskusja, wreszcie – głosowanie. Z wielu innych względów moja rywalka przeszła. Wiadomo: sieroctwo, tragiczne warunki. Trzeba cieszyć się jej zwycięstwem, mimo wielkiego żalu. Pierwsza rozpoczęłam okłaski. K. już wie, że jest studentką Akademii Medycznej bez egzaminów wstępnych.

16 VI 1972 r., piątek

Jestem już po egzaminach dyplomowych, a więc na moim czepku widnieje czarny poziomy pasek – dający uprawnienia dyplomowanej pielęgniarki. Dużo pracy i wyrzeczeń wymagał ten tytuł. Nie przypuszczałam, że będę aż tak bardzo zmęczona. Najlepiej świadczy o tym fakt, iż na nic nie mam ochoty, nawet o studiach nie chce mi się w tej chwili myśleć. Oby ten stan jak najszybciej minął, choć wiem, że studia nie dla nas, absolwentek liceum medycznego.

25 VII 1972 r., wtorek

Akurat wróciłam z wędrowki po Polsce. Wyjechałam szukając ukojenia po niepowodzeniach. Obląłam biologię – ot, ironia losu – na maturze była piątka. Pozostałe przedmioty napisałam ponoć zupełnie dobrze...

26 VII 1972 r., środa

Jutro jadę do Starego K. do szpitala w sprawie pracy. W najbliższej przyszłości będę musiała przejść chrzest bojowy, aby stać się z prawdziwego zdarzenia „siostrą Elą”. Jedynym pocieszeniem dla mnie jest fakt, że żadna z koleżanek szkolnych, ubiegających się w tym roku o indeks, nie osiągnęła celu.

15 VIII 1972 r., wtorek

Przed godziną wróciłam ze swojego pierwszego w karierze zawodowej dyżuru. Na razie nie jestem w stanie ocenić tego dnia pracy. A był to rzeczywiście wielki kawał roboty. Niemalże w biegu całe osiem godzin.

Nowe twarze, nowe obowiązki, i to bardzo, bardzo odpowiedzialne. Pocieszam się jednak, że po kilku dniach będę mogła powiedzieć, iż już wciągnęłam się do pracy. Na razie jestem oszołomiona jej nawałem.

Jedno jest pewne: zawód nasz jest bardzo wyczerpujący. Od godziny 6.00 – porządkowanie łóżek, przygotowywanie chorych i sal do obchodu lekarskiego. Po wizycie – śniadanie, pomaganie ciężko chorym w jedzeniu (karmienie, jeśli trzeba), rozłożenie, rozniesienie leków. Potem wykonywanie zabiegów: zastrzyki, kompresy (starsze stażem pielęgniarki pomagają lub same zakładają gipsy), przygotowywanie i czuwanie nad chorymi przed – i po zabiegu operacyjnym (oczywiście w znieczuleniu ogólnym), znów przygotowanie leków, pilnowanie salowych, aby załatwiły pralnię, bieganie do laboratorium, apteki, przyjmowanie nowych pacjentów (do godziny trzynastej były trzy wypadki). Potem gotowanie zestawu do wstrzyknięć, porządkowanie miejsc pracy i pisanie raportu.

Naprawdę stanowczo za dużo dla mnie jednej – n o w e j, niewiele mogącej liczyć na pomoc oddziałowej i opatrunkowej – ot, cały zespół pielęgniarski w tym dniu (i nie jedynym) przy 40-łóżkowym oddziale ortopedycznym. Ale dość tego biadolenia.

21 VIII 1972 r., poniedziałek

Niby dobrze, ale coraz gorzej – inne chowają się kątach, a ja pozostaję na placu boju z najcięższymi pracami.

W całotygodniowej praktyce zawodowej tylko raz zdążyłam byle jak zjeść (na sucho) śniadanie. Wszystko na mojej głowie. Wydaje mi się, że z dwojga złego nauka jest zajęciem bardziej wdzięcznym, oczywiście, nie zawsze. Jutro mija tydzień mojej pracy zawodowej. Cóż – wrażeń moc. Obawiam się jednak, że nie zawsze są one obiektywne – stąd rodzące się u mnie uczucie

„Będąc młodą pielęgniarką” to fragmenty pamiętników absolwentki Liceum Medycznego, ukończonego w 1972 r. Młoda pielęgniarka od dzieciństwa marzyła o podjęciu studiów lekarskich, dlatego – by przyspieszyć swój kontakt z medycyną – podjęła naukę w LMP. Autorka opisuje swoje osobiste przeżycia i refleksje związane z pierwszą pracą zawodową w charakterze pielęgniarki. To poruszające historie dyżurów w szpitalu, kiedy staje się m.in. w obliczu nieubłaganej śmierci i swojej bezsilności. Adeptka sporo miejsca poświęca też niektórym pacjentom, opisuje kulisy pracy lekarzy i innego personelu medycznego. Stara się szczerze opowiedzieć nie tylko o technicznej stronie pracy pielęgniarki, ale również odnaleźć sens tego zawodu. Miłośnicy opisów realiów pracy pielęgniarek w początkach lat 70. ub. wieku nie będą zawiedzeni, mogąc dokonać porównań z obecną sytuacją w szpitalach. W życiu autorki pamiętników – pisanych do dzisiaj! – przeplatają się zarówno radosne, jak i smutne chwile, pojawia się wiele dylematów osobisto-zawodowych, nie brakuje wątpliwości, wyrzeczeń, niepowodzeń, chwil zmęczenia, a jednocześnie wytrwałości i żmudnej pracy włożonej w uzyskanie tytułu mgr pielęgniarstwa.

Elżbieta Janiszewska

zawodu, przykrości, przepracowania. Nawala organizacja pracy. Może to moja nieudolność – przyzwyczajona do dokładnej rzetelnej pracy – nie potrafię sobie poradzić z jej narzucanym tempem. W każdym razie staram się, i ze skutkiem, wszystkie chwile poświęcać pracy przy chorym i dla niego. Nie zawsze wystarcza czasu na porządne wykonanie zabiegu.

Czy moja szkoła aby zbyt idealistycznie nie podchodziła do zawodu pielęgniarskiego? Niemożliwością jest bowiem bardzo dobre wypełnianie swoich obowiązków. Zresztą, kto oceni – i czy słusznie – żmudną monotonna (zdawałoby się) pracę pielęgniarek.

Są i chwile radosne (no, może za silnie powiedziane). Cieszy mnie (na razie przynajmniej) fakt, że choć słowem mogę pocieszyć, podtrzymać chorego na duchu, że udaje mi się „wychować” trochę gburowatego młodzieniaszka, cieszy nawet pacjent, który swoim najmiłym uśmiechem, na jaki go stać, próbuje zaskarbić sobie serce siostrzyczki, by (jak mu się wydaje) wymóc na niej podanie leku najcieńszą igłą.

Wszystko ma swoje dobre i złe strony. A poza tym, tak na czasie znowu są słowa Manna: Ze wszystkich kręgowców człowiek jest istotą najbardziej wytrwałą.

Wydaje mi się, że moja praca, jak każda inna, wymaga określonych cech charakteru. Niekiedy ogarnia mnie przerażenie, że pomyliłam się i nie jestem w stanie cały czas, codziennie, bez względu na swoje samopoczucie, być przy obcych różnych ludziach, słać im łóżka, spełniać ich życzenia.

W chwilach protestu, rozgoryczenia – najlepiej jest sięgnąć do wyobraźni i poczuć się właśnie tym chorym, wczuć się w jego



Personel Ortopedii w Koninie 1973–1974. Autorka w okularach

skórę. Z miejsca zmienia się nieco nasze spojrzenie na świat. Co jest ważne: trzeba być optymistą! Do rannych pobudek (o godz. 5.00) już się prawie przyzwyczaiłam.

30 VIII 1972 r., środa

Ściagałam się z czasem, aby zdążyć: posłać łóżka (około czterdziestu chorych, w tym wielu leżących, w gipsach, jeden porażony, z odleżynami drążącymi w głębi i tak zanikających mięśni, pobrać materiał, między innymi krew, na badania, uczestniczyć w wizycie lekarskiej. Potem: leki, zastrzyki, kroplówki, jeżdżenie do pracowni, w tym – rentgenowskiej (makabra, ile tych zdjęć!). Już były chwile, że wszystkiego miałam dość.

Ostatnio jednak wydaje mi się, że chyba jest coraz lepiej. Mam coraz więcej wolnego czasu, który mogę zużytkować dodatkowo dla chorych (tak czekają na dobre słowo) czy na swój odpoczynek. Ogólnie podsumowując – jestem zadowolona. Mimo obskurnego szpitala, mimo przeciągającego się w nieskończoność oczekiwania na przeprowadzkę do nowego, mimo... a, powodów jest dużo! Są również liczne dodatnie strony naszej trudnej pracy. To poczucie dobrze spełnionego obowiązku, uśmiech zadowolenia, wdzięczności na twarzy chorego. Mam do czynienia z chorymi w wieku od trzech do dziewięćdziesięciu lat, różnej płci, ba – różnej narodowości. I każdy jest inny.

Cały rok szkolny mam zamiar poświęcić nauce. Myślę o językach obcych i, oczywiście, o egzaminach na AM...

4 IX 1972 r., poniedziałek

Ciężki stan potrąconego przez samochód pacjenta. Pokrzepianie jego rodziny – obopólne z tego „zadowolenie”. Otrzymałam dzisiaj pierwszą pensję: 916 złotych polskich (jest to oczywiście połowa mojego uposażenia).

17 IX 1972 r., niedziela

Bezpośrednio po otrzymaniu antybiotyku – pan B. „nawalił”! Trudno opisać okropny widok człowieka we wstrząsie,

choćby krótkotrwałym. Ale się wystraszyłam! Na równi z chorym.

W pracy coraz lepiej. Jeśli mam podstawy do psioczenia na stosunki ze współpracownikami, to zupełnie zadowolony wynoszę z pracy wśród pacjentów. Obecnie prawie żadna wykonywana przy nich czynność nie budzi we mnie oporów.

Obserwując bezduszną lekarzy i kandydatów na medyków, zaczynam rezygnować z wybranego i dotychczas umiłowanego kierunku studiów. Sama świata nie uzdrowię. Swoją dobrą (jak sądzę) pracą pielęgniarki mogę o wiele więcej pomóc choremu. A poza tym mam to, na czym mi bardzo zależy – bezpośredni kontakt z człowiekiem.

Oczywiście, z nauki nie rezygnuję.

3 X 1972 r., wtorek

Prawie wszyscy panowie – pacjenci niemalże oświadczają mi się – tak im zależy na uśmiechu młodej, co tu ukrywać – bardzo łagodnej pielęgniarki, jaką na razie jeszcze jestem.

Moja praca, to jednak nie tylko obopólne zadowolenie z przebywania wśród chorych. To również żmudne, syzyfowe czynności wykonywane przy sparaliżowanym, to postępowanie z młodą kobietą ze zmiażdżoną stopą (wbrew rozsądkowi – zrekonstruowaną) i czekanie (pozornie optymistyczne) na proces pooperacyjnego gojenia się lub (to prędzej) postępującej zgorzeli. Trudno wyobrazić sobie stopę, która nie miała ani jednej całej kosteczki, a palce sięgały: podudzia. Makabryczny widok, nawet dla pracownika służby zdrowia.

Dlaczego życie jest takie trudne? Boję się przyszłości, starczej vegetacji. Podziwiam swoje koleżanki – żony, matki. Dobra pielęgniarka nie powinna mieć własnej rodziny, swojego życia prywatnego. Dlaczego tak łatwo zrezygnowano z pracy w szpitalach siostr zakonnych? Przynajmniej one nie byłyby zmęczone obowiązkami rodzinnymi, czy – typową dla lekarzy – pogonią za dobrami materialnymi. Jedyne, co mi pozostało na pocieszenie, to świadomość, że przynajmniej w czasie dyżurów nie brakuje mi energii i chęci do pomagania ludziom.

25 X 1972 r., środa

Coraz trudniej jest mi się uśmiechać, gdy mam na głowie cały oddział, mnóstwo pracy i słucham impertynencji lekarzy.

Nie każdy uśmiech wyraża radość życia i nie każdy płacz cierpienie (K. Obuchowski). Lepiej, mimo wszystko, czułam się w roli uczennicy. Bo wtedy wysiłek coś znaczył – najczęściej właściwie oceniony. I – doceniony. Teraz natomiast – przyzwyczajonej do oznak uznania – niezwykle trudno jest mi pogodzić się z niewiele znaczącą rolą i miejscem zajmowanymi w pracy.

Najgorzej pracuje mi się z lekarzami. Oni żądają ode mnie większej służalczości, energii. Ja natomiast – oczekuję więcej uprzejmości, szacunku dla siebie. Nie możemy się jakoś wzajemnie wychować. Ciekawe, czy się poddam, zmienię postawę czy odejdę...

5 XI 1972 r., niedziela

Wczoraj podczas dyżuru popołudniowego zmarł mi pierwszy pacjent – po wypadku: otwarte złamanie podudzia, zmasakro-

wana twarzoczaszka. Był: „dobry” (ponoć) do końca zabiegu operacyjnego. Potem, pozostawiony na pastwę dwóch młodych pracowników – mnie i lekarza – A. musiał (!) zginać. Równocześnie zaopatrywali go laryngolodzy, którzy zatamponowali mu oba otwory nosowe, a ortopedzi, czyli my – zagipsowaliśmy mu zoperowaną nogę i oczywiście – pacjent nasz.

Nie zdążyliśmy (cztery drobne dziewczyny z dwóch oddziałów) przenieść go (wybudzającego się) na ciężkich noszach z pierwszego piętra po wąskich schodach, gdy któryś z pacjentów zauważył, że chory nie oddycha. Stwierdziłam, że chory jest zaśluzowany; przybyły lekarz uspokaja, że wszystko jest w porządku i idzie na kolację. Sama z salową dźwigam chorego na łóżko, a chory nadal nie radzi sobie z oddychaniem. Biegę do lekarza i mówię, że pacjent mi się nie podoba, a medyk znów mnie uspokaja i kontynuuje kolację. Sprawdzam ciśnienie, tętno, oddech – wszystko szwankuje – wysyłam salową po lekarza. Zaczyna się latanie, iniekcje, masaże... To była niepotrzebna (jak większość) śmierć. A my – czyż nie jesteśmy mordercami? Oto piękno medycyny.

Długo w nocy przeżywałam swoją bezradność w obliczu nieubłaganej śmierci, która zabrała silnego mężczyznę, męża, ojca – człowieka.

Chciałabym się uczyć, uczyć. Nie wierzę w medycynę aż tak bardzo jak powinnam. Choć leczenie objawowe siłą rzeczy zmusza do szacunku, respektu. Jeśli jednak komuś zależy głównie na bezpośrednim serdecznym kontakcie z człowiekiem – to o wiele większe pole do działania i efektów może mieć pielęgniarka... Dobrze pielęgniarstwo, to cudowna rzecz.

Każdy z nas może zostać wspaniałym znawcą swego przedmiotu, reprezentować wysoki poziom i budzącą podziw postawę pracując w jakimkolwiek zawodzie, ale pracując dobrze. Życie jest ciężkie, ale trzeba (musi się) żyć, a jeśli już żyć, to z sensem. Ważna jest umiejętność cieszenia się drobnostkami. Na razie bez trudności udaje mi się zasługiwać na miano zawsze uśmiechniętej siostrzyczki. A miewam przecież potworne chandry.

Na szczęście – choć przyjaciół brak – jest przy mnie Kochana Mama. I trzeba żyć. Warto i należy czekać na lepszą przyszłość. Życie jest bardzo, bardzo zmienne.

25 XI 1972 r., sobota

W pracy układa się dobrze. I z lekarzami coraz lepiej. Przynajmniej chwilowo. Mamy gorący okres. Masa wypadków. Rolnicy garną się do mechanizacji i notorycznie pozbawiają się palców albo i rąk. Ostatnio uzbierało się wielu dwudziestoletnich chłopaków, którzy utracili ręce lub grozi im ich amputacja; w czterech wypadkach – prawych. Już nawet utrata nogi u 17-letniej dziewczyny budzi mniej oporów.

Okrutne jest to życie. Skąd czerpać energię na przeżycie trudności? Tu trzeba liczyć tylko i wyłącznie na siebie, na własne siły. Mimo pozornej pomocy bliźnich – sami musimy przekonywać się, zmuszać i żyć – i to jak najlepiej dla siebie i z myślą o innych.

W pracy – znośnie. Niedługo będę myśleć kategoriami pracownika, a nie – jak dotąd – uczennicy. Oczywiście, walczę

z rutyną i obojętnością wobec chorych (choć czasem jest to odruch obronny). Powoli nabieram wprawy. Co prawda dużo zależy od okoliczności, od dnia – np. nie każdy chory reaguje tak samo na zabiegi. Czasami sam pacjent mówi, że zastrzyk nic go nie bolał, drugim razem krzywi się niemiłosiernie. Raz uda się bez trudności wkluć do żyły, innym razem – trzeba w nerwowej atmosferze daremnie jej szukać i męczyć chorego, a przy okazji samą siebie. Ale tak to jest.

W każdej pracy ma się dobre i złe dni. W Wigilię mam niestety dyżur popołudniowy. Pracuję też (rano) w pierwszy dzień Świąt, a także w Sylwestra.

Tak się złożyło, że nie mam ani jednej niedzieli wolnej. Niby to dla mnie, domatorki – nic złego, ale bardzo nie lubię popołudniówek w niedziele. Nie można dać sobie rady z odwiedzającymi, w dodatku tak łatwo każdy może się przedostać z ulicy do oddziału.

Okropnie jest w tych starych barakach – brudnych, chłodnych. Marzę o nowym szpitalu – dziesięć minut drogi od mojego domu...

16 I 1973 r., wtorek

S.J. Lec: Jakie jest przeznaczenie człowieka? Być nim.

W pracy zaczynam narzekać na: nieróbstwo. W związku z niedaleką perspektywą otwarcia nowego szpitala – nagromadziło się nieco personelu. Obecnie jesteśmy po dwie na dyżurach popołudniowych. Okropna jest ta współpraca. Pracę na upartego można znaleźć zawsze. Ale czy w PRL jest wielu pracowitych a naiwnych?

Wkręcą się w rytm pracy na ortopedii, przyzwyczajam się, choć mi ten oddział „nie leży”. Czerpię obopólne zadowolenie

z pracy przy chorych. I choć nieraz ma się wszystkiego dość – uśmiech wdzięczności pacjenta jest wystarczającą okrasą naszego pięknego, ale jakże ciężkiego zawodu.

Z moją dalszą nauką jakoś nietęgo. Bardzo chciałabym się uczyć nadal, ale czy podołam?

Mamy młodego (!) pacjenta, który nie ma obu nóg i kolejno pozbawiany jest palców u obu rąk. Cierpi i oczywiście pali! Na domiar złego człowiek ten jest narkomanem. Niejednokrotnie podziwiam go – skąd ma siły do pchania tego życia. Zapominamy, jak bardzo pragną żyć ludzie chorzy, bo jesteśmy zdrowi.

Wczoraj została śmiertelnie potrącona przez autobus kobieta. Oglądałam, przejeżdżając autobusem, nienaturalnie skurczone zwłoki przykryte kolorowym kocem. Ludzi postali, popatrzyli i poszli – każdy w swoją stronę. Tylko grono najbliższych – jeśli takie istnieje – chyba głębiej przeżyje zgon – czy potrzebny? – tej kobiety.

Czy fakt śmierci robi na nas, pracownikach służby zdrowia, jakieś wrażenie? Tak, oczywiście. Każde narodziny przeżywa się radośnie. Wzruszeniem napawa pierwszy krzyk = oddech noworodka, równoczesny z warkotem elektrycznego ssaka odsluzowującego drogi oddechowe człowieczka. I podobnie śmierć, nawet ta przewidywana czy: oczekiwana (!), każdego człowieka nie jest obojętna dla nikogo z nas.

2 II 1973 r.

W pracy n i e odczuwam zniechęcenia, brak jest na razie przykrych wrażeń. Zaczynam czuć się zadowolonym pracownikiem ortopedii, chociaż nadal myślę o nauce. Pielęgniarstwo, to za mało dla moich wygórowanych ambicji, ale czy AM – to nie



Absolwentki LMP w Kaliszu z 1972 r. Autorka w okularach, drugi rząd od dołu, pierwsza z lewej

za dużo jak na moje możliwości? Ponoć mają być w tym roku testy. Wydają mi się najbardziej obiektywnym sprawdzianem wiedzy (ale nie osobowości). Tylko kiedy ją opanuję?...

19 II 1973 r., poniedziałek

Dużo biegania w pracy – gimnastykujemy się przy ofiarach wypadków w elektrowni, hucie i rolnikach. Młodzi, a już bez kończyn. Niektórzy pacjenci marudni okrutnie, ale cóż, takie ich prawo. Staram się dać z siebie możliwie dużo, ale często zdarza mi się żywić urazę do naszych lekarzy, którzy, nie zważając na przeciążenie nas pracą, dają zleceń bez liku, nie myśląc o tym, że czasami jest to trudne do wykonania przez jedną pielęgniarkę dyżurującą w oddziale. Czuję się rozgoryczona faktem, że działalność lekarzy ogranicza się głównie do rzucania poleceń, wymagania od nas, średniego personelu, posłuchu, natomiast niczego, oprócz ironii, szyderstwa lub nawet wrogości, nie można oczekiwać ze strony przedstawicieli tak pięknego, ale jakże często bezczeszczonego zawodu.

5 III 1973 r., poniedziałek

Po nockach. Ciężkich nocach. Pomijając przyjęcia, wielokrotne wykonywanie zastrzyków, dwie noce spędzałam w wielkim napięciu śledząc oddechy pięcioletniej rozkapryszonej dziewczynki w bardzo ciężkim stanie (zakażenie). Uśmiechnęłam się z politowaniem nad decyzją wszechmądrygo dra L.: tylko dziewięćset tysięcy jednostek Penicyliny. Biegałam całą noc, mierząc i notując systematycznie tętno, ciśnienie, oddechy. Lekarz nie pojawił się przez całą noc. Ba, nawet o 22.00, z chwilą objęcia dyżuru, go nie widziałam. Wykończona rano zdawałam dyżur koleżance, która potem poinformowała mnie o zapaści u dziewczynki wkrótce po moim wyjściu do domu. Lekarz miał do mnie pretensje, że nie zawiadomiłam go o przyspieszonych oddechach dziecka. Druga noc też pracowita, ale trochę spokojniejsza – stan nieco lepszy, po kroplówkach. Lituj się nad lekarzami. Na przyszłość nie pozwolę im spać na dyżurach.

8 III 1973 r., czwartek

Wczoraj niestety dzień smutny. W szpitalu śmierć tej dziewczynki. Byłam przy niej do końca. Pogorszyła się już w południe, po szesnastej zdecydowano się podłączyć krew. Po kilku minutach zaczął się koniec... skakanie tętna, przerywany oddech, wreszcie – ostatnie tchnienia. Biorę się za masaż, lekarz przejmuje; podajemy leki. Niestety, bezwładne sztywniejące, jeszcze ciepłe ciało. Salowa, koleżanka – popłakały się.

18 III 1973 r., niedziela

Bardzo dobrą pielęgniarką może być przede wszystkim osoba samotna, energiczna, optymistka, niezbyt wrażliwa, zdrowa, ze smykałką do obsługi ludzi. Nie brak napięć. Dotyczą one jednak głównie problemu przeciążenia pracą pielęgniarek przez lekkomyślnych lekarzy. Na szczęście jest to ostatnio zjawisko rzadkie. Wkrótce przeprowadzamy się do nowego lokum. Ile nadziei i obaw zarazem.

31 III 1973 r., sobota

Wrażenia z nowego szpitala przeokropne. Brak pielęgniarek, dłuugachne korytarze, liczne sale, sygnalizacja alarmowa budząca umarłego. Każdy oddział zaopatrzony w TV, pięć aparatów telefonicznych, sale 1–5-lóżkowe, z umywalkami, piankowe materace itd., itd.

Jestem po pierwszej nocce, a zarazem ostatniej, na starych śmieciach. Dzisiaj przeprowadzka, dzisiaj też pierwszy nocny dyżur w nowym szpitalu – tylko ja i salowa. Przeraza ogrom oddziału!

Był zgon na sąsiedniej chirurgii. Pomagałyśmy. Potworność z tym brakiem personelu. Dzisiaj na chirurgii ma być s a m a pielęgniarka, bez salowej. „Buntuję się” = współczując. Co za szacunek dla zdrowia i wytrzymałości pielęgniarek.

12 IV 1973 r., czwartek

Po uroczystym otwarciu szpitala. Dużo hałasu, roboty i nic poza tym. Była i TV – to i owo filmowano – ortopedię również, w tym moje co bardziej przystojne koleżanki.

Za to głupich robota lubi – haruje się okrutnie. Grunt, że warunki pracy dobre. Nareszcie (na razie) ma się prawie wszystko, można zmontować zestawy do zabiegów według podręczników. Nie ma natomiast czasu dla siebie. No ale o to chodzi w dobrym zakładzie pracy.

14 IV 1973 r., sobota

Zadomowiłam się już w nowym szpitalu, w którym obowiązki spiętrzyły się kilkakrotnie. Ciężka jest nasza praca, tym bardziej, że brak personelu średniego odczuwa każdy oddział. Dlatego wielu z nich nie można w ogóle uruchomić.

Ortopedia liczy sobie pięćdziesiąt pięć łóżek (a na nich – pacjentów). Nasz szpital obsługuje kilka powiatów. Będzie tu ponad dwadzieścia oddziałów. Mamy dobrze rozbudowaną rehabilitację. I mamy cztery windy – w tym już teraz dwie – trzy nieczynne. Wesoło, zwłaszcza w godzinach szczytu. Na ironię – Rentgen jest na innym piętrze niż ortopedia... Z moją nauką opornie. Można by rzec – postępuje ruchem jednostajnie opóźnionym. Spróbuję po raz drugi (ostatni?) szturmować AM w P.

16 IV 1973 r.

Wiem, jak wyczerpuje praca umysłowa. Z dwojga złego wolę się jednak uczyć niż biegać całe osiem godzin na posyłki, podcierać ludziom pupy, bo i na tym polega mój niewdzięczny zawód. Nie wiem, dlaczego, mimo życzliwości, jaką darzę ludzi, nie znoszę wykonywania tych usługowych czynności. Wiadomo, że żadna praca nie hańbi, że praca dla dobra chorego tym bardziej nie przynosi ujmy, ale: nie mogę się przemóc...

Gdyby nie to – pozostałabym przy tym, co mam, bo w pracy układa mi się coraz lepiej, na co ma wpływ nasze wzajemne poznanie i docieranie się podczas współpracy. Zdobyłam zaufanie i, tak bardzo przeze mnie pożądany, szacunek lekarzy.

Z długiego okresu adaptacji wyciągnęłam cenne wnioski: nie zrażać się nigdy przeciwnościami losu, walczyć z nadwrażli-

wością, wykrzesywać z siebie wszystek optymizm. Awansowałam do dwudziestej grupy. Będę zarabiać dwa tysiące trzysta złotych.

Mamy ciężkie stany. Zakończyła życie sześćoletnia dziewczynka – załamała się pod wpływem eteru, który kapali jej lekarze podczas nastawiania typowego złamania rączki. Jest dużo złamanych kręgosłupów z porażeniami.

Pracy nie brakuje. A pielęgniarek jak nie było, tak nie ma. W nocy pięćdziesięciu pięciu chorych, dwie dyżurki i jedna „siostra”.

14 VIII 1973 r.

Od najmłodszych lat marzyłam o medycynie – zawodzie lekarza. Aby przyspieszyć z nią spotkanie – zdecydowałam się na podjęcie nauki w liceum medycznym.

Pielęgniarstwo mnie jednak w pełni nie zadowala. Praca pielęgniarki jest piękna, ale niedoceniana, a poza tym chciałam i chcę uczyć się nadal. Tuż po szkole zdawałam na studia – medyczne oczywiście. Nie udało się. Mimo załamania – przemęczenie nauką, oblane egzaminy, trudny start w pracy – postanowiłam ponownie zdawać na AM. Przez rok pracy na trzy zmiany uczyłam się, choć była to namiastka rzetelnej nauki.

W bieżącym roku w lipcu ponownie zdawałam na studia. Oczywiście nie zdałam... Znalazłam jednak już odtrutkę w postaci: dalszej nauki.

Chcę się przenieść do przychodni, rozpocząć racjonalne życie.

3 XI 1973 r.

W pracy bardzo dużo roboty. Masa zabiegów operacyjnych. Ostatnio wzruszyłam się – ja, twarda istota – kiedy zobaczyłam płaczącego młodzieńca, który ronił łzy na widok swego kamrata z pokoju, przywiezionego przez nas z sali operacyjnej. Najważniejsze w tym jest to, że ów płaczek przed kilkoma dniami miał też zabieg. Obaj kawalerowie leżą na jednej sali, obaj wpadli na siebie motocyklami. Pewnie zawarli dożgonną przyjaźń, zgodnie z regułą, iż przyjaciół poznaje się w biedzie.

Ciekawy jest ten nasz świat – byle tylko umieć obserwować i umieć się wzruszać. A to ostatnie uczucie jest coraz bardziej obce współczesnym ludziom.

Chwilami ma się dość tych łóżek, noszenia basenów, słuchania jęków, patrzenia na twarze wykrzywione z bólu. Rzuciłoby się to wszystko; po jakie lichy zachciało ci się medycyny. Ani słowa uznania, ani tego skromnego: Dziękuję. Z drugiej strony... jak popatrzysz na uduchowioną twarz męczennika – bohatera, którym jest pacjent bez jęku znoszący cierpienia związane z długotrwałym procesem ropienia, wreszcie – amputacji nogi, to aż żałość bierze... I wtedy mimowolnie, nawet gdy się nie może patrzeć bez litości – nadaje się gębie uśmiech i to nie byle jaki, bo to musi być zdecydowanie uśmiechnięte optymistyczne lico. No i jak można rzucić to wszystko? Jeszcze jak usłyszysz, że lżej się tam któremuś zrobiło na widok kochanej siostrzyczki... Pielęgniarstwo, to jednak cudowna rzecz. A że niedoceniane? – A który to

zawód jest doceniany? – rzucił to pytanie człowiek, któremu zazdrościłam pozycji naukowca, badacza. [Mój późniejszy mąż – długoletni naukowiec, który zarabiał wówczas mniej ode mnie – młodej pielęgniarki – przyp. 2019 r.]. No, jeśli te problemy mają też ludzie reprezentujący świat, o którym marzyłam, marzę i marzyć będę – to nie jest tak źle. To znaczy, że grunt, to przekonać samego siebie o konieczności cichego znoszenia trudów rzetelnej pracy.

Nareszcie lekarze przyzwyczaili się do mojej osoby i z całą stanowczością twierdzą, że jestem prawdziwą ortopedyczną pielęgniarką. Czy to dużo po roku i dwóch miesiącach pracy?

4 XI 1973 r., niedziela

M. uchodziła wśród nas, pielęgniarek, za dziewczynę niezbyt garnącą się do pracy. Owszem, wygadana, oblatana, o szerokich kontaktach towarzyskich. I te właśnie cechy wykorzystywała w czasie dyżurów. Chętne do pracy (lub naiwne) dziewczyny robiły wszystko, a M. „latała” sobie po oddziałach, wymieniała poglądy z ludźmi, paliła papieroski, piła kawę. Rzadko można było zauważyć u niej zryw do pracy. Nawet w czasie opiniowania pracowników – M. otrzymała miano niekoleżeńskiej. No i co z tego? M. „zdegradowano” ze zwykłej pielęgniarki odcinkowej, pracującej na trzy zmiany, na: oddziałową! Nie zazdrościmy jej stanowiska. Dobrze, że odeszła. Oburza nas „docenianie” pracowitości.

15 XI 1973 r., czwartek

Zaczynam „zdradzać” medycynę na rzecz psychologii, literatury. Uczę się na kursach języków obcych – angielskiego i niemieckiego. Trochę tego dużo, zważywszy fakt, że pracuję w dalszym ciągu na trzy zmiany. No ale życie jest ciężkie i zawsze trzeba przetrwać jakieś trudności.

21 XI 1973 r.

Listopadowa aura daje się porządnie wszystkim we znaki. Dość wspomnieć, że pewnego dnia zziębnięta sfrustrowana pacjentka w stroju niedbałym udała się taksówką z siedziby ZOZ-u wprost do KP PZPR, gdzie ucięła sobie „owocną” w skutkach rozmowę o urokach współczesnego budownictwa, w tym – szpitalnego. Tegoż samego dnia zaczął się solidny ruch na wszystkich piętrach, zmierzający do podwyższenia (bezsuktecznego) temperatury w pomieszczeniach oddziałów. Zamieszanie trwało dwa dni. Polegało wyłącznie na: przybiciu ram okiennych do framug. Sprawę szczelin pozostawiono natomiast bezczynnym pacjentom i personelowi, by mogli rozwijać swe inwencje twórcze w zakresie amatorskiego zapychania nadprogramowych wentylatorów.

Wrotki, o których myślałam kiedyś w związku z długością szpitalnych korytarzy, są pewnie sprawą nie tak dalekiej przyszłości. Jak donosi Służba Zdrowia, bodajże w Szwecji, wymyślono jakieś wózko-hulajnogi z myślą o oszczędzaniu kończyn dolnych personelu.

cdn.

Strach przed wirusami oraz zaburzenia wynikające z jego powodu w ludzkich organizmach

STANISŁAWA DZWONKOWSKA

Nie istnieje argument, który zaprzeczałby temu, że najważniejsze co możemy i powinniśmy robić, to właściwie dbać o siebie, swoje zdrowie.

Dr Max Gerson (1881–1959) stwierdził kiedyś, że „więcej istot ludzkich umiera nie z powodu nowotworów tylko ze strachu przed nimi”. Dlatego uważam, że obecny problem medialnego strachu może okazać się poważny!

Daniel Brown, amerykański współczesny pisarz powiedział: „jedyną formą zarazy która przenosi się szybciej od wirusa – jest strach”.

Dolegliwości fizyczne stanowią tylko jeden element problemów zdrowotnych. Każda ludzka myśl i emocja są powiązane reakcją biochemiczną. Psychoneuroimmunologia mówi nam, że uczucia, nastrój i ogólne nastawienie do świata oddziałują na układ odpornościowy. Nasza odporność wzrasta, gdy jesteśmy zdecydowani, zadowoleni, pełni determinacji, nie zestresowani, zaś słabnie, gdy odczuwamy przygnębienie i czujemy się bezradni. Negatywne emocje wywierają destrukcyjny wpływ na funkcjonowanie ciała, w szczególności układu nerwowego. Stresujące doświadczenia zrodzone z tych emocji wywołują pobudzenie układu autonomicznego. Wzrasta wtedy ciśnienie krwi, tętno, częstość oddechów a co za tym idzie następuje przyspieszenie metabolizmu. Prowadzi, to do tzw. stresu oksydacyjnego czyli procesu leżącego u podłoża neurodegeneracji. Sytuacja ta wywołuje u pacjenta bezsenność, zmęczenie, utratę apetytu, apatię i obojętność.

Dr Maria Curie-Skłodowska, laureatka nagrody Nobla, stwierdziła: „Zamiast bać się jakiegokolwiek aspektu życia, należy próbować je zrozumieć. Obecnie możemy zrozumieć więcej, a mniej się bać”.

Jednak czy te słowa są teraz, w dobie koronawirusa i problemów zdrowotnych świata aktualne?

Strach jest najstarszą i najsilniejszą ludzką emocją, może być też naszym najgorszym wrogiem. Ostatnie doniesienia medialne, prowadzone od kilku miesięcy oraz bombardowanie naszych umysłów tymi komunikatami, nie służą

wzmacnianiu naszego zdrowia. Wiadomości podawane na temat wirusa, jego pochodzenia, zjadliwości, ilości zgonów z jego powodu, wywołują nie tylko strach ale nawet panikę wśród niektórych ludzi. Należy zgodzić się z faktem, że obawy związane z koronawirusem działają negatywnie na nasze organizmy.

Nie możemy zaprzeczyć mądrości Seneki, że „kto się boi, jest niewolnikiem”. Człowiekiem wystraszonego można łatwiej kierować – jest to prawda.

Hildegarda (1098–1179), jedna z najbardziej fascynujących osób XII w., w swojej książce Liber Vitae Meritorum („Księga zasług życia”) wymienia czynniki chorób oraz siły uzdrawiające (cnoty) pozwalające pokonać stany osłabienia. Rozwój chorób przewlekłych poprzedza utrzymujące się przez długi czas osłabienie duchowe. Może za nie odpowiadać tryb życia naznaczony stresem (jak np. obecny czas), niecierpliwością, wściekłością, gniewem lub wybuchami furii. W organizmie jak już wcześniej pisano dochodzi do niekorzystnych zmian określanych obrazowo w terminologii średniowiecznej jako „uwalnianie się w wątrobie czarnej żółci, która prowadzi do zakwaszenia krwi i całego organizmu”. Pomimo tego, że średniowieczna teoria nie została potwierdzona przez rozwijającą się medycynę, warto zaznaczyć fakt, że już wtedy poprawnie zauważono związek między nastrojem a zdrowiem człowieka.



Wiedza na temat uzdrawiających mocy duszy była znana już lekarzom w czasach antyku i średniowiecza. Hipokrates opisywał wzajemną relację pomiędzy duszą a ciałem jako świadomość, która przepływa przez ciało i utrzymuje zdrowie. Herbert Benson, profesor medycyny na Uniwersytecie Harvarda, w książce „Timeless Healing” pisze, że „szczerą wiarą jest dziś wciąż jeszcze najlepszym lekarstwem”. Benson wraz ze swoim zespołem w ostatnich 30 latach zajmował się badaniem związków psychofizycznych. Rezultaty jego prac opierają się na fakcie, że ciało w różnorodny sposób reaguje na stres i odprężenie. W ostatnich latach przeprowadzono ponad 200 klinicznych badań na temat: „wiara a leczenie”. Wszystkie wskazują na fakt, że duchowość i wiara są silnym i niezwykle cennym sprzymierzeńcem lekarza w procesie leczenia i zapobiegania chorobom.

Jednostronne zajmowanie się ludzkim ciałem, szukanie coraz większych wygod swojej egzystencji, ludzki egoizm, musiały nieuchronnie doprowadzić do dzisiejszej katastrofy. Puste kościoły i coraz to nowsze choroby, na które nie znamy lekarstwa. Ta sytuacja ukazuje jednak również kryzys teologii, która straciła z oczu człowieka wraz z jego cielesną egzystencją.

W obecnej „kwarantannie” warto zastanowić się nad swoim zdrowiem, nad wartościami życiowymi i komu właściwie powinniśmy wierzyć?

Centrum Medyczne Szpital św. Rodziny w Łodzi
zatrudni pielęgniarkę/pielęgniara do pracy w punkcie pobrań – pobieranie krwi i punkcie szczepień

Oferujemy:

- zatrudnienie na pełen wymiar etatu
- pracę w renomowanej i stabilnej firmie
- dobrze wyposażone stanowisko pracy
- miłą i przyjazną atmosferę

Wymagania:

- aktualne prawo wykonywania zawodu lub dyplom technika laboranta
- umiejętność wykonywania standardowych procedur diagnostycznych

Kontakt:

telefoniczny: 42 254 96 86; 42 254 96 85
e-mail: m.marcinkiewicz@swietarodzina.com.pl

Oferty pracy

SPZOZ w Zelowie zatrudni położną środowiskową posiadającą kurs położnej środowiskowej lub tytuł mgr położnictwa.

SPZOZ w Zelowie
ul. Żeromskiego 21
97-425 Zelów
tel. 44 634 11 20
e-mail: spzoz_zelow@interia.pl

XII LO im. S. Wyspiańskiego w Łodzi
przy al. K. Anstadta 7, pilnie poszukuje pielęgniarki szkolnej od 1 września 2020 r. dla około 490 uczniów.

Kontakt:
tel. 42 633 40 82
e-mail: lo12@12lo.ehost.pl

**Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
Centrum Profilaktyczno Lecznicze w Łodzi**
przy ul. Aleksandrowskiej 61/63
zatrudni położną środowiskową

Kontakt:
Dorota Maciejewska – Naczelną Pielęgniarką
tel: 42 272 19 32
e-mail: d.maciejewska@wompcpl.eu



Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość, że po długiej i ciężkiej chorobie w dniu 10 sierpnia 2020 r. odeszła od nas nasza droga Koleżanka, Pielęgniarka

śp. Bogumiła Miksa

wieloletni pracownik WWCOiT im. M Kopernika i Ośrodka Pediatrycznego im. J. Korczaka

Wieczność to stan nie ciała, lecz ducha. Tak jak życie i młodość.

Nie byłaś dla nas tylko duchem lecz człowiekiem pełnym człowieczeństwa.

Z powołaniem wykonująca zawód pielęgniarki.

Dla każdego człowieka zawsze bardzo życzliwa, skromna, pogodna i uśmiechnięta.

Dla każdego miałaś zawsze dobre słowo. Byłaś kochająca i opiekuńcza.

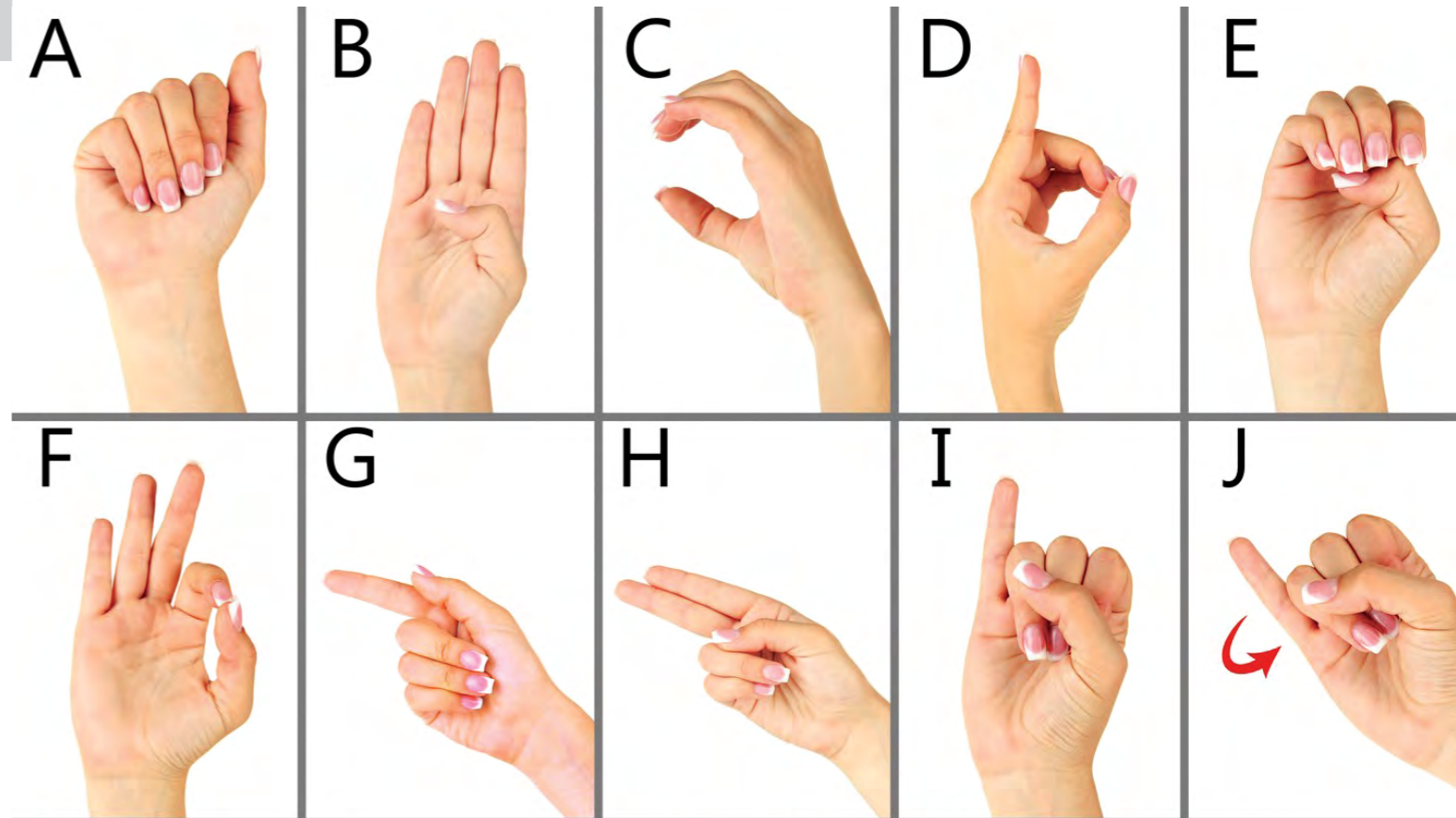
O takich ludziach prawda i pamięć nigdy nie umiera.

Dziękujemy Ci Bogusiu za wieloletnią współpracę i okazywaną pomoc.

Będzie nam Ciebie bardzo brakować...

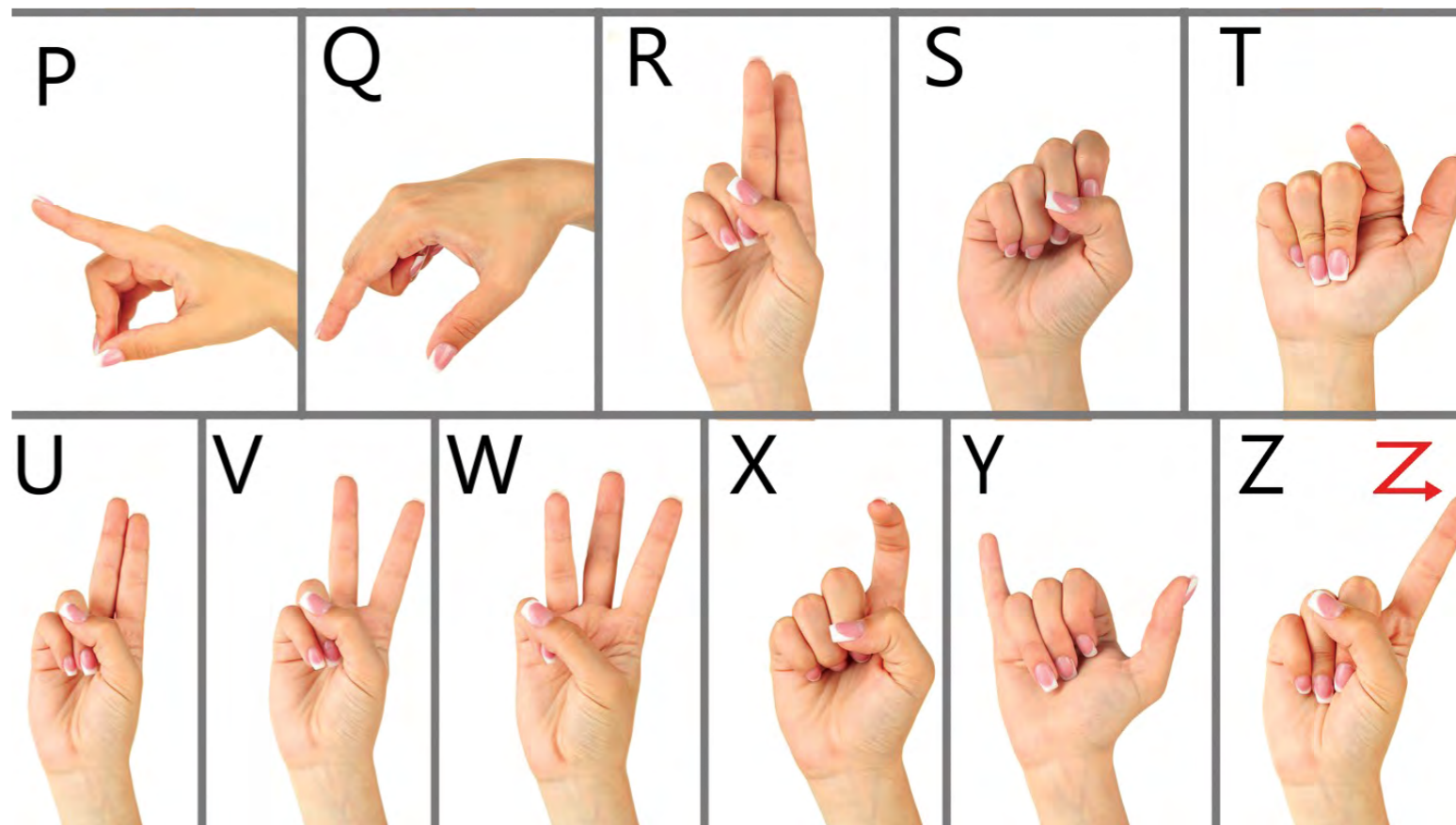
Rodzinie i Bliskim składamy
wyrazy głębokiego współczucia

Koleżanki i Koledzy z WWCOiT im. J Kopernika



Międzynarodowy Dzień Niestyszących

Święto obchodzone corocznie w ostatnią niedzielę września ustanowione w 1958 roku przez Światową Federację Głuchych.



2020

STYCZEŃ 21 dni • 159,15 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

LUTY 20 dni • 151,40 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	

MARZEC 22 dni • 166,50 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

KWIECIEŃ 21 dni • 159,15 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

MAJ 20 dni • 151,40 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

CZERWIEC 21 dni • 159,15 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30					

LIPIEC 23 dni • 174,25 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

SIERPIEŃ 21 dni • 159,15 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

WRZESIEŃ 22 dni • 166,50 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30			

PAŹDZIERNIK 22 dni • 166,50 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

LISTOPAD 20 dni • 151,40 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

GRUDZIEŃ 22 dni • 166,50 godz.

Pn	Wt	Śr	Czw	Pt	Sob	N
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		