



# BIULETYN

## INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

3/2014  
WAŁBRZYCH  
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
W WAŁBRZYCHU

# SPIS TREŚCI

- 1**  
SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY
- 2**  
ODPOWIEDŹ DYREKTORA DEPARTAMENTU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
- 3**  
PISEMNE UPOWAŻNIENIE PIELĘGNIARKI  
PROCESOWANIE WYROBÓW MEDYCZNYCH
- 4**  
KOMUNIKACJA INTERPERSONALNA W PRAKTYCE PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
- 14**  
POD PARAGRAFEM §
- 18**  
W ZGODZIE Z KODEKSEM PRACY
- 20**  
WIEDZA RATUJE ŻYCIE
- 21**  
Z PRAC ZESPOŁU
- 23**  
SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI – KURS OSTEOPOROZY
- 28**  
KODEKS ETYKI ZAWODOWEJ PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

## KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

### PIELĘGNIARSTWA

– mgr JOLANTA KOLASIŃSKA, UM Wydział Nauk o Zdrowiu,  
ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław,  
e-mail: jolanta.kolasinska@am.wroc.pl, tel. 71 784 18 45;

### PIELĘGNIARSTWA RODZINNEGO

– mgr EWA CHLEBEK,  
ul. Urzędnicza 1, 55-020 Żórawina,  
e-mail: echlebek@op.pl, tel. 728 51 50 55

### PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr DOROTA MILECKA Akademicki Szpital Kliniczny,  
ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław,  
tel. 71 733 11 90, 733 11 95, 662 23 25 95;

### PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr KATARZYNA SALIK, Samodzielny Publiczny  
Szpital Kliniczny Nr 1,  
ul. M. Skłodowskiej-Curie 58, 50-368 Wrocław,  
e-mail: kaciasalik1@wp.pl, tel. 71 327 09 30, 71 784 21 75,  
606 99 30 95;

### PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE

– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny  
im. A. Falkiewicza,  
ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław,  
tel. 71 342 86 31 wew. 344, 604 93 94 55, 667 97 77 35

## OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

58-300 Wałbrzych,  
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)  
tel./fax: 74 842-33-25  
tel.: 74 842 56 05  
godziny pracy biura:  
7:30-15:30

### e-mail:

oipipsekretariat@webmedia.com.pl  
www.oipip.walbrzych.pl

Kredyt Bank S.A. O/Wałbrzych  
46 1500 1764 1217 6003 8619 0000

### Przewodnicząca:

Maria Pałeczka  
oipipwch@webmedia.com.pl

### Sekretarz:

Małgorzata Hrycak

### BIURO

### Sekretariat:

Łukasz Płaczkowski  
oipipsekretariat@webmedia.com.pl

### Rejestr prawa wyk. zawodu:

Izabela Arendarczyk  
oipiprejestr@webmedia.com.pl

### Księgowość:

Jolanta Kopačka  
oipipksiegowosc@webmedia.com.pl

### Obsługa administracyjno-prawna:

Kancelaria Prawna §  
mgr Dorota Pakuła  
Radca Prawny  
mgr Ewa Suproń - Walenta

### Dyżur prawny:

w siedzibie izby: pon. 13-15  
lub telefonicznie do kancelarii:  
tel.: 74 666 00 02

### Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej:

Irena Wydrzyńska

### Dyżur:

Ostatni wtorek miesiąca od 10-14

W innym terminie po wcześniejszym  
uzgodnieniu telefonicznym z biurem  
OIPiP w Wałbrzychu

Projekt, skład i druk: Tereny Weny

# SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY

Z ogromną przyjemnością przekazuję Wam zupełnie odmieniony biuletyn informacyjny. Mam nadzieję, że spotka się z pozytywną oceną, zachęci do przeglądania jego stron.

Po raz kolejny zapraszam do jego współtworzenia. Zachęcam do przesyłania artykułów, w których będziecie mogli podzielić się swoją wiedzą, doświadczeniem. Proszę o przesyłanie pytań, na które fachowych odpowiedzi udzielią prawnicy.

Z roku na rok staramy się coś zmienić, doskonalić.

Nie bez znaczenia użyłam słów „staramy się”, ponieważ ustawowe zadania wykonuje zgodnie z zapisami w ustawie o samorządzie pielęgniarek i położnych okręgowa rada. Podkreślałam wielokrotnie bardzo dobrą współpracę z organami, komisjami i zespołami.

Na posiedzeniach okręgowej rady czy prezydium wnioskuję, przedstawiam swoje propozycje, wsłuchuję się uważnie w propozycje członków, następnie dyskutujemy, weryfikujemy, modyfikujemy i podejmujemy decyzje. Podobnie jest z komisjami i zespołami.

Już wspominałam, że przygotowujemy się do zmiany naszej strony internetowej – pracujemy nad tym. Zapewniam, w czasie kiedy aktualny numer biuletynu trafi do Waszych rąk, strona internetowa po zmianach będzie już dostępna.

13 maja br. w Hotelu-Restauracji „Piaś-Roman” w Świdnicy odbyła się konferencja z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej pt. „Komunikacja interpersonalna w praktyce pielęgniarek i położnych”. Wykład – Pani psycholog Beata Pietrzak. Idealna cisza w czasie prelekcji potwierdziła duże zainteresowanie. Część artystyczna zakończyła spotkanie.

Trzy młode wokalistki pięknie wykonały piosenki niezapomnianego Czesława Niemena, piosenki pod jednym tytułem „Jednego serca”.

Wykład i zdjęcia z konferencji zamieszczone są w tym numerze biuletynu.

Przypomnę:

- **12 maja 1820 roku** urodziła się **Florence Nightingale**, prekursorka nowoczesnego pielęgniarstwa, patronka zawodu.

- **8 maja 1896 roku** urodziła się **Stanisława Leszczyńska**, położna, wielka postać polskiego położnictwa.

W tych dniach, każdego roku mając za wzór takie postacie obchodzimy swoje święto.

W tym roku hasłem obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki, zgodnie z ustaleniem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek jest:

**„Pielęgniarki są siłą na rzecz zmian, kluczowymi zasobami na rzecz zdrowia”.**

Oby nigdy nie zabrakło nam sił w bardzo odpowiedzialnej pracy. Wykonując swoje obowiązki zasługujecie na najwyższe uznanie.

Z ogromnym niepokojem spoglądamy w przyszłość. Jak system opieki zdrowotnej poradzi sobie z opieką pielęgniarską nad pacjentem, jeżeli nie zatrzymamy tych, którzy chcą się jeszcze realizować w tym zawodzie. Polska jest na ostatnim miejscu w Unii Europejskiej pod względem liczby pielęgniarek przypadających na tysiąc mieszkańców – wskaźnik 5,4. Dla porównania – Czechy 8,1; Węgry – 8,6; Wielka Brytania – 9,2; Niemcy – 11,3.

Z roku na rok liczba pielęgniarek zmniejsza się, zwiększa się jedynie średni wiek pielęgniarki.

Dlatego też minimalne normy zatrudnienia, to istotny problem w naszym środowisku. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych nie poprzestaje w swoich działaniach. Apelowała o jego pilną nowelizację, oczekuje na działania Ministerstwa Zdrowia.

Ogromny niepokój powodują podejmowane decyzje przez zarządzających. W miejsce pielęgniarek zatrudnia się opiekuna medycznego, ratownika medycznego, położną na etacie pielęgniarki.

Pielęgniarcie powierza się zadania spoza zakresu jej kompetencji.

Mimo licznych problemów, negatywnej ocenie funkcjonowania służby zdrowia prestiż zawodowy pielęgniarki ciągle wzrasta. Gratulacje Koleżanki i Koledzy.

Przed nami lato – czas urlopów i wypoczynku.

Życzę dużo słońca, pomyślnych wiatrów i szczęśliwych powrotów do domu.

*Przewodnicząca ORPiP  
Maria Pałeczka*



# ODPOWIEDŹ DYREKTORA DEPARTAMENTU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

## Odpowiedź dyrektora departamentu pielęgniarek i położnych w Ministerstwie Zdrowia na zapytanie dotyczące uznawania kwalifikacji zawodowych pielęgniarek, które ukończyły liceum medyczne

W dniu 25 lutego 2014 r. złożyliśmy zapytanie do Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia dotyczące uznawania kwalifikacji zawodowych pielęgniarek, które ukończyły liceum medyczne, to jest: czy pielęgniarki, które ukończyły liceum medyczne mogą mieć już uznane kwalifikacje na zasadzie praw nabytych (według art. 23 dyrektywy 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych), a więc czy wystarczające będzie wykazanie przez pielęgniarkę wykonywania zawodu przez co najmniej 3 lata w okresie ostatnich 5 lat czy też należy nadal stosować wobec nich ogólny system uznawania kwalifikacji.

W dniu 20 marca 2014 r. otrzymaliśmy poniższą odpowiedź:

Odpowiadając na pismo z dnia 25 lutego br., znak: NIPI-P-NRPIP-DM.0025.57.2014, dotyczące kwestii uznawania kwalifikacji polskich pielęgniarek po wejściu w życie przepisów dyrektywy 2013/55/UE zmieniającej dyrektywę 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych poniżej przedstawiam stanowisko Departamentu Pielęgniarek i Położnych w przedmiotowej sprawie. Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2013/55/UE z dnia 20 listopada 2013 r. zmieniająca dyrektywę 2005/36/WE w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych i rozporządzenie nr 1024/2012 w sprawie współpracy administracyjnej za pośrednictwem systemu wymiany informacji na rynku wewnętrznym została opublikowana w dniu 28 grudnia 2013 r. (Dz. Urz. UE L 354, str. 132). Zgodnie z art. 4 dyrektywa ta weszła w życie dwudziestego dnia po publikacji. Nie oznacza to jednak, że jej przepisy są natychmiast stosowane we wszystkich państwach członkowskich, ponie-

waż zgodnie z art. 3 ust. 1 dyrektywy 2013/55/UE państwa członkowskie są zobowiązane do jej wdrożenia do 18 stycznia 2016 r.

Zatem, do czasu wdrożenia przepisów dyrektywy 2013/55/UE, państwa członkowskie stosują obecnie obowiązujące regulacje prawne w zakresie uznawania kwalifikacji. Nowe regulacje będą obowiązywały od momentu wdrożenia ich do porządku prawa krajowego. Dopiero jeżeli państwo członkowskie nie dokona implementacji, obywatel ma prawo powoływać się bezpośrednio na dyrektywę wobec wszelkich przepisów prawa krajowego niezgodnych z dyrektywą. Bezpośredni skutek dyrektywy jest uzależniony od tego, czy brzmienie przepisu jest bezwarunkowe i wystarczająco precyzyjne.

W związku z powyższym stosowanie zasad uznawania kwalifikacji na podstawie praw nabytych (art. 23 dyrektywy 2005/36/WE) w odniesieniu do pielęgniarek, które ukończyły liceum medyczne oraz faktycznie i zgodnie z prawem wykonywały zawód nieprzerwanie przez co najmniej 3 lata w okresie ostatnich 5 lat będzie możliwe od dnia wdrożenia przepisów dyrektywy 2013/55/UE do prawa krajowego poszczególnych państw lub od dnia upływu terminu wdrożenia przepisów, jeżeli przepisy dyrektywy nie zostały implementowane do krajowego porządku prawnego w terminie. Do tego czasu obowiązują przepisy wynikające z implementacji dyrektywy 2005/36/WE, a zatem stosowany jest ogólny system uznawania kwalifikacji.

*Beata Cholewka*  
Dyrektor



# OPINIA KONSULTANTA KRAJOWEGO

## Opinia w sprawie możliwości pisemnego upoważnienia pielęgniarki do wykonywania czynności zabiegowych w oddziale chirurgii przez ordynatora oddziału z dnia 23.05.2013 r.

W nawiązaniu do zapytania o możliwość pisemnego upoważnienia pielęgniarki do wykonywania czynności zabiegowych (np. usuwania drenów) w oddziale chirurgii przez ordynatora oddziału uprzejmie informuję, że w świetle obowiązujących przepisów prawnych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej (Ustawa o Zawodach Pielęgniarki i Położnej z dn. 15 lipca 2011 r. Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) ordynator nie może udzielić pielęgniarce pisemnego upoważnienia do wykonywania takich czynności. Kwalifikacje do wykonywania określonych czynności zawodowych (specjalistycznych) pielęgniarka uzyskuje po ukończeniu odpowiedniego szkolenia (w formie specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego lub kursu specjalistycznego). Ponadto zakres samodzielnych czynności wykonywanych przez pielęgniarkę reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapo-

biegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).

Pielęgniarka pracująca w oddziale chirurgii (również onkologicznej) może na zlecenie lekarza usuwać dren założony do rany operacyjnej (znajdujący się w powłokach ciała/łoży po usuniętym narzędziu), jeśli posiada ukończony kurs specjalizacyjny (specjalizację) lub kurs kwalifikacyjny z pielęgniarstwa chirurgicznego. Pielęgniarka nie posiada kompetencji w zakresie usuwania drenów założonych, np. do narządów (np. dren Kehra).

*Konsultant krajowy  
w dz. pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego  
Dr hab. med. Maria T. Szewczyk, prof. UMK*

# OPINIA KONSULTANTA KRAJOWEGO

## Opinia Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego na temat reprocessowania wyrobów medycznych do jednorazowego użytku.

Zastosowanie reprocessowania w przypadku wyrobów medycznych jednorazowego użytku jest niedopuszczalne.

### Uzasadnienie:

Reprocessowanie oznacza ponowną sterylizację – proces obróbki wyrobu medycznego po jego użyciu z przeznaczeniem do ponownego użycia. Ponowne wykorzystanie wyrobu jednorazowego użytku sprawia, zgodnie z prawem logiki, że nie jest to wyrób jedno – ale wielorazowy. Czy jednorazowy wyrób medyczny może być wykorzystywany wielokrotnie do wykonywania zabiegów u chorych? Odpowiedź – nie może, ze względu na brak możliwości zachowania bezpieczeństwa wykonania danej procedury medycznej. Ryzyko związane z ponownym użyciem sprzętu jednorazowego dotyczy zarówno chorego (ryzyko zakażenia podczas zabiegu), jak i personelu medycznego (ryzyko zakażenia podczas zabiegu oraz podczas przygotowywania sprzętu do procesu sterylizacji).

Ponadto, konstrukcja i właściwości wielu wyrobów medycznych przeznaczonych do jednokrotnego użycia nie pozwalają na ich demontaż, skuteczną dekontaminację, konserwację i sterylizację.

Odrębną kwestię stanowi resterylizacja (powtórna sterylizacja tj. druga sterylizacja wyrobu medycznego po pierwszej sterylizacji przemysłowej), która jest dopuszczalna wyłącznie dla wyrobów nieużytych (wyrób pomyłkowo otwarty, uszkodzone opakowanie) jeśli nie były przeterminowane i producent dopuszcza takie postępowanie.

Wyrób jednorazowego użytku, według definicji, to wyrób medyczny przeznaczony do użycia tylko raz u jednego pacjenta, który po użyciu powinien zostać utylizowany.

*Konsultant krajowy  
w dz. pielęgniarstwa chirurgicznego i operacyjnego  
Dr hab. med. Maria T. Szewczyk, prof. UMK*

# KOMUNIKACJA INTERPERSONALNA W PRAKTYCE PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

## WSTĘP

Mimo niewiarygodnego wręcz postępu naukowego i technicznego, z którego w swojej codziennej pracy korzystają pracownicy ochrony zdrowia, zgodzimy się chyba jednak, że kluczową rolę w postępowaniu klinicznym w zakresie diagnozowania, leczenia i opiewowania się pacjentami odgrywa komunikacja interpersonalna. Co więcej, stopień satysfakcji pacjenta z podjętego leczenia jest w ogromnym stopniu uwarunkowany jakością tej komunikacji.

Praca pielęgniarki czy położnej ze względu na to, że wiąże się i kojarzy z „opiekowaniem się”, czy „reagowaniem na alarm pacjenta” jest jednocześnie szczególnego rodzaju relacją i co za tym idzie szczególnego rodzaju komunikacją. Dlaczego szczególną? Ponieważ pielęgnacja pacjenta stwarza specyficzne warunki, które skłaniają pacjentów do zwracania się ze swoich problemów. Pielęgniarka jest zatem nierzadko osobą stojącą w „pierwszej linii” i zmuszoną do zareagowania. Zdrowy rozsądek podpowiada aby reagować zanim będzie można skonsultować się z osobami zajmującymi się poradnictwem profesjonalnie. Z drugiej strony co powiedzieć gdy problemem jest na przykład śmierć dziecka lub małżonka i gdy ma się świadomość, że jest to ten rodzaj bólu, którego nie znieczuli tabletki?

Doświadczenie mówi nam, że pielęgniarki i położne prowadzą znaczną część pracy doradczej. Nie mają wyboru, gdyż ich aktywność nie ogranicza się wyłącznie do cierpienia cielesnego, lecz obejmuje całego człowieka: bio – psycho – społecznego.

Problemy nigdy nie istnieją odrębnie; zawsze przypisane są konkretnemu człowiekowi. Dlatego też formułowanie ogólnego pytania: „W jaki sposób mam się komunikować z pacjentami?” przypomina pytanie mistrza szachowego: „Mistrzu, czy możesz mi zdradzić, które posunięcie jest najbardziej skuteczne?”. W szachach nie ma czegoś takiego jak najlepszy, czy nawet dobry ruch w ogóle, w oderwaniu od konkretnej sytuacji na szachownicy i charakteru przeciwnika. To samo dotyczy komunikacji z pacjentem. Dlatego tak ważne jest aby poznawać konstruktywne sposoby odbierania i oddawania informacji pacjentom i ich rodzinom. Sposoby, które będą różne od zdawkowego i ucieczkowego: „proszę się nie martwić”, lub „wszystko będzie dobrze” (bo skąd ja mam to wiedzieć?!), a z drugiej strony dzięki swemu profesjonalizmowi ochronią osobę pomagającą przed

niebezpiecznym, wypalającym zawodowo wplątaniem się w gąszcz emocji cudzych i własnych, niszczących osobisty spokój.

Artykuł ten jest próbą pokazania szerokiego wachlarza umiejętności umożliwiających nawiązanie i utrzymanie optymalnych relacji z pacjentem, które pomagają opiekującym się pozostać sobą, a jednocześnie zaangażować się bez obawy, że zagubią się w całym tym procesie.

Pierwsza część artykułu traktuje o tym, co stanowi komunikat, dlaczego warto być dobrym obserwatorem, jakie znamy techniki zadawania pytań, w jaki sposób rozwiązywać sytuacje trudne, co otwiera a co blokuje kontakt z drugim człowiekiem.

W drugiej części w sposób skrótowy zarysowano wybrane sylwetki pacjentów

z zasygnalizowaniem ich różnic indywidualnych, a co za tym idzie z zasadnością adekwatnego, elastycznego reagowania „szytego na miarę” każdego z nich.

## NIE MOŻNA NIE KOMUNIKOWAĆ, CZYLI O KOMUNIKACJI NIEWERBALNEJ

Niekiedy zdarza nam się słyszeć: „ja z Kowalskim nie rozmawiam”, albo „my się do siebie nie odzywamy”. Taka wypowiedź świadczy jednak o wyraźnym odcinaniu się od jakiegokolwiek kontaktu, a niekiedy o niedwuznacznej wrogości. Stanowi zatem komunikat bogaty w treści, nie wymagający wdawania się w szczegóły.

Wszystko to, co spostrzegamy w wyglądzie zewnętrznym i w zachowaniu drugiego człowieka jest komunikatem. Część z tych komunikatów jest świadoma, zamierzona, niekiedy bardzo starannie dobrana, w celu stworzenia pożądanego autoprezentacji, część zaś nieświadoma, niejawna.

Jeśli podczas podróży pociągiem zaszywam się w kącie i ukrywam głowę za wiszącą nade mną na wieszaku kurtką, daję wyraźny komunikat innym pasażerom, że nie mam ochoty na podejmowanie z nimi rozmowy i zwykle komunikat zostaje prawidłowo zinterpretowany (bez zbędnych słów!). Co więcej, komunikaty niewerbalne są dla nas ważniejszym źródłem informacji aniżeli mowa – umiejętność tak bardzo ludzka. Np. podczas rozmowy kwalifikacyjnej, podczas której kandydat ubiega się o stanowisko wymagające umiejętności charakterystycznych dla lidera grupy kandydat odpada, mimo iż przedstawiał siebie jako osobę:



radzącą sobie ze stresem, asertywną, z umiejętnościami podejmowania decyzji itd. Takie były słowa, jednak wypowiadał je trzęsącym się głosem, oślepiła go słońce i w porównaniu do przeprowadzającego rozmowę, który rozsiadł się w skórzanym fotelu wyglądał komicznie na za niskim, drewnianym krzeselku. Dla rekrutującego bardziej wiarygodnym był przekaz niewerbalny, który pozostawał w dużej sprzeczności z wypowiadanymi treściami.

Zasada: „nie można nie komunikować” apeluje o zaangażowanie i własną świadomość w procesie nadawania i odbierania komunikatów.

Co podlega zatem naszej obserwacji stanowiąc źródło ważnych informacji?

#### BUDOWA FIZYCZNA

Obserwując cechy budowy fizycznej:

- Zwracamy uwagę na wzrost, wagę, proporcjonalność, ogólny wygląd, cechy wyróżniające, nietypowe.
- Uwzględniamy możliwe uwarunkowania konstytucjonalne, fizjologiczne i patologiczne.
- Uwzględniamy znaczenie cech wyglądu dla podmiotu, jego samooceny i sposobu, w jaki jest on spostrzegany przez innych (np. pacjent ze zniekształconą w wyniku cho-

roby nowotworowej twarzą i jego samopoczucie na kilku osobowej sali).

#### SPOSÓB UBIERANIA SIĘ, DODATKI, PRZEDMIOTY OSOBISTE

Obserwując wygląd zewnętrzny zwracamy uwagę na:

- Strój, makijaż, tatuaż, estetykę, higienę osobistą (np. zaobserwowanie śladów nacięć na brzuchu pacjentki, których wcześniej nie obserwowano, pozwoliło wcześniej rozpoznać wybuch psychozy i rozpocząć odpowiednie leczenie).
- Wszelkie dodatki i przedmioty osobiste, będące potencjalnym źródłem informacji o badanym (np. pełna szafka słodczy u pacjenta z cukrzycą).
- Bierzemy także pod uwagę:
  - Aspekt adaptacyjny stroju, czyli adekwatność do wyglądu, sytuacji, pory roku, przyjętych norm.
  - Funkcję ekspresyjną, która jest wyrazem stosunku do siebie, nastroju, chęci wyróżniania się bądź unikania wyróżniania się.
  - Funkcję komunikacyjną stroju – jako informacja o sobie, o własnym statusie, potrzebach, możliwościach, zainteresowaniach, stosunku do innych osób i oczekiwań wobec nich (np. zaobserwowanie u pacjenta zmian w wyglądzie,

polegające na tym, że jest zaniedbany, nieestetyczny, może świadczyć między innymi o pogorszeniu się jego kondycji emocjonalnej).

### MIMIKA I PANTOMIMIKA

Analiza mimiki i pantomimiki obejmuje takie obszary, jak: ruchy i pozycja ciała, wyraz twarzy, ruchy rąk i nóg. Dla przykładu przeanalizujemy, co mogą komunikować oczy:

Kontakt wzrokowy – podtrzymanie kontaktu, gotowość słuchania.

Brak kontaktu wzrokowego – wycofanie, ucieczka, zakłopotanie, dyskomfort, ukrywanie wstydu lub innego nieaprobowanego uczucia.

Mruganie (typowe: 6–10/min u dorosłych), nadmierne – niepokój.

Rozszerzenie źrenic – napięcie, uważność

### PROKSEMIKA

Czyli dystans fizyczny lub inaczej przestrzeń osobista, niewidoczna granica, którą ludzie przesuwają, regulując bliskość relacji z drugą osobą. Warto pamiętać, iż dystans fizyczny pozostaje w związku z dystansem psychologicznym, rozumianym jako stopień intymności i bliskości między rozmówcami. Zbliżanie się i odsuwanie od innych osób będące przedmiotem obserwacji może dostarczyć informacji diagnostycznych. Typowy dystans podczas rozmowy w naszej kulturze to odległość wyciągniętej ręki. Pacjent, który odczuwa, że jego osobista przestrzeń została naruszona może reagować niepokojem, zmianą pozycji, odwracaniem wzroku, lub zmianą tematu na mniej osobisty. Odległość między rozmówcami może się zatem zmieniać sytuacyjnie w zależności od aktualnego stanu emocjonalnego i fizycznego, treści rozmowy i zachowania partnera interakcji.

Interpretując zachowania proksemiczne warto wiedzieć, że zmniejszaniu dystansu służy między innymi: równy wiek partnerów (za wyjątkiem najmłodszych i najstarszych), typowy wygląd partnera, ekstrawersja, niski lęk społeczny, potrzeba afiliacji i poczucie kontroli sytuacji.

### DOTYK

Pamiętam sytuację, kiedy poza szpitalem spotkałam moją pacjentkę, która była wówczas w trakcie leczenia choroby nowotworowej, między kolejnym kursem chemioterapii. Ucieszyłam się na jej widok i odruchowo, objęłam ją podczas powitania. Pacjentka stanęła nieruchomo, patrząc mi prosto w oczy, aż po dłuższej chwili wzruszonym głosem powiedziała: „wie pani, że odkąd zachorowałam na raka ludzie mnie nie dotykają?”

Kiedy z kolei wchodzę na oddział hospicjum, nieradko to, czego potrzebują pacjenci niespokojni, bez kontaktu werbalnego, to właśnie uściśnięcie dłoni. Bardzo często podanie im dłoni powoduje, że się wyciszają. Według mnie czują się wtedy bezpiecznie.

Dotykanie pacjenta bywa kontrowersyjne. Nie chcę w tym miejscu wdawać się w paranoiczne w mej ocenie dyskusje. Ja dotykam – intuicyjnie, gdy brakuje słów, gdy słowa nie dotrą.

### WOKALIZACJA

Przedmiotem obserwacji jest to, jak wypowiedane są treści. Znaczące cechy wokalizacji to: tempo, rytm, siła, wysokość, czystość głosu, płynność, artykulacja, zacinalenie, przerwy, milczenie, zmienność siły, tonu głosu i tempa, akcentowanie słów, zdań. Wady aparatu mowy, zmiany organiczne, leki, alkohol, zmęczenie, stres, silne napięcie emocjonalne, mogą wywoływać określone zmiany w sposobie artykulacji słów i składania wypowiedzi. Istnieją też pewne sugestie co do związków wokalizacji z cechami osobowości. Np. głośno, szybko, wybuchowo mówią ludzie z osobowością A (ze zwiększonym ryzykiem zawału mięśnia sercowego).

### FORMALNE CECHY WERBALIZACJI

Mowa tutaj o wszelkiego rodzaju przejęzyczeniach, pomyłkach, poprawności językowej. Poprzez sposób werbalizacji człowiek komunikuje własne potrzeby, oczekiwania, czy status.

Często spotykamy pacjentów, którzy używają zdrobnień i mówią do nas np. „kochanieńka, aniołeczku”. Jaki może być sens takich słów?

Albo: czy na pewno warto od razu obrażać się na pacjenta, który do tej pory był kulturalnym, przyjaźnie nastawionym człowiekiem, a od dziś używa wulgarnych słów?

### RECYPATIA

Źródłem danych obserwacyjnych są także własne doznania i odczucia. Ważne jest, abyśmy zdawali sobie sprawę z tego, co odczuwamy w kontakcie z pacjentem. Skierowanie uwagi na własne reakcje pozwoli dostrzec uczucie znużenia, wzruszenia czy irytacji. Możemy zadać sobie np. takie pytanie: „Co takiego pojawiło się w zachowaniu mojego rozmówcy, że stałem się znużony jego wypowiedzią?” Możemy też na przykład odkryć, że choć pacjent przedstawia siebie jako osobę nieatrakcyjną, nudną dla otoczenia, my mamy ochotę go słuchać.

Należy jednak wyraźnie rozróżniać spostrzeżenia i oceny. Kiedy dokonujemy ich równocześnie, zachodzi obawa, że inni dosłuchają się w tym krytyki i nie będą skłonni przyjąć do wiadomości tego, co mówimy.

Zauważmy, iż często kiedy ktoś ujawnia w rozmowie jakieś uczucie lub porusza problem, zamiast słuchać i ułatwiać dalszą komunikację, natychmiast reagujemy. Często intencja jest dobra. Dlaczego więc kontakt tak dziwnie się urwał?

### DWANAŚCIE BLOKAD KOMUNIKACJI INTERPERSONALNEJ

#### 1. Nakazywanie, polecenie, komenderowanie

Pacjent: – Nie cierpię tych ćwiczeń i nie sądzę, by mi pomagały.

Lekarz: – Niech pan je wykonuje, dopóki nie powiem, żeby pan przerwał. To ja mogę ocenić ich skuteczność.

#### 2. Ostrzeganie, upominanie

Pacjent: – Zastanawiam się, czy kiedyś odzyskam pełnię władzy w nogach.



## ODRÓŻNIENIE OBSERWACJI OD OCEN

### PRZYKŁAD SPOSTRZEŻENIA ZABARWIONEGO OCENĄ

Jesteś przesadnie hojny

Rysiek jest nieorganizowany

Smith to kiepski piłkarz

### PRZYKŁAD SPOSTRZEŻENIA NIEZABARWIONEGO OCENĄ

Kiedy Cię widzę, jak rozdajesz wszystkie pieniądze, które miałeś na obiad. wydaje mi się, że jesteś przesadnie hojny.

Rysiek zaczyna się uczyć dopiero w przeddzień egzaminu

Smith w dwudziestu meczach nie strzelił ani jednej bramki

Pielęgniarka: – Jeżeli porzuci pan nadzieję, na pewno nie będzie pan chodził.

#### 3. Moralizowanie, „głoszenie kazań”

Pacjentka: – Nie chcę chemioterapii. Słyszałam, że wywołuje to bardzo groźne komplikacje i wcale nie pomaga.

Lekarz: – Powinna się pani zgodzić przez wzgląd na męża.

#### 5. Osądzanie, obwinianie

Pacjentka: – Przykro mi, że tak przytyłam od ostatniej wizyty.

Lekarz: – Nic dziwnego, skoro jadła pani tyle tłustych potraw.

#### 6. Dezaprobata, przeciwstawianie się, pouczanie

Pacjentka: – Bardzo się boję usunięcia macicy. Ogarnia mnie rozpacz. Nie będę już seksualnie atrakcyjna.

Lekarz: – Pani ma zupełnie fałszywe pojęcie o tych sprawach. Muszę pani wszystko wyjaśnić.

#### 7. Aprobowanie, popieranie, chwalenie

Pacjentka w trakcie chemioterapii: – Nie lubię wychodzić z domu, odkąd tak wyglądam. Mam wrażenie, że wszyscy się na mnie patrzą i widzą, że mam raka.

Pielęgniarka: – Wydaje się pani. Ja uważam, że wygląda pani całkiem dobrze.

#### 8. Analizowanie, interpretowanie

Pacjent: – Czuję, że po prostu staczam się w dół.

Rehabilitant: – Ach, panie Kowalski, pan tak tylko mówi, żeby wykroczyć się od dzisiejszego spaceru.

#### 9. Uspokajanie, okazywanie współczucia

Pacjent: – Tęsknię do rodziny. Czuję się tu taki osamotniony.

Pracownik hospicjum: – Przecież zawarł pan tu wiele nowych przyjaciół i wszyscy naprawdę pana lubią.

#### 10. Ignorowanie, odwracanie uwagi, przerywanie

Pacjent: – Przez całe życie dawałem sobie radę sam. Czuję się załamany, będąc tak uzależniony od innych.

Lekarz: – Zmierzymy teraz ciśnienie. A co z kaszlem?

#### 11. Doradzanie, proponowanie rozwiązań.

Stanowi blokadę, gdy jest odpowiedzią na komunikat wskazujący na to, że pacjent coś gwałtownie przeżywa, czegoś potrzebuje lub ma jakieś trudności. Może też zablokować komunikację, jeżeli pacjent nie potrafi przyjąć proponowanej rady lub rozwiązania, gdy już próbował je zastosować lub gdy rozwiązanie to wymaga od niego zmiany sposobu zachowania.

#### 12. Wypytywanie.

Lekarz: – Witam księdza. Jak się ksiądz czuje?

Pacjent: – Dobrze, jeżeli pominąć te bóle głowy... (NA-DZIEJA)

Lekarz: – ... a jak przebiegła operacja? (PRZERWANIE)

Pacjent: – Dobrze.

Lekarz: – Problemów ze stolcem nie ma?

Pacjent: – Nie.

Lekarz: – Apetyt jest?

Pacjent: – Nie bardzo.

Lekarz: – Czy ksiądz traci na wadze?

Pacjent: – Nie.

Lekarz: – Najwyraźniej brak apetytu nie powoduje żadnych ujemnych skutków, nie jest więc tak źle... Czy pojawiają się mdłości, wymioty?

Pacjent: – Nie.

Lekarz: – Czy odczuwa ksiądz ból w miejscu, gdzie było cięcie?

Pacjent: – Nie.

Lekarz: – Czy spożywa ksiądz otręby, tak jak to zaleciliśmy?

Pacjent: – Nie.

Lekarz: – Proszę ściśle stosować się do naszych zaleceń. Nie chcemy żadnych nawrotów.

Pacjent (wzdycha): – Dobrze.

Lekarz: – Wygląda na to, że operacja się udała i że nie powinno być żadnych komplikacji. Czy ma ksiądz jakieś inne problemy?

Pacjent: – Te bóle głowy... (PODPOWIEDŹ)

Lekarz: – Nie widzi ksiądz gorzej?

Pacjent: – Nie

Lekarz: – Żadnego drętwienia czy niedowładu kończyn?

Pacjent: – Nie.

Lekarz: – Gdzie są umiejscowione bóle głowy?

Pacjent: – Z tyłu.

Lekarz: – Czy jest to ból pulsujący?

Pacjent: – Tak.

Lekarz: – Jak długo trwa?

Pacjent: – Około czterech godzin.

Lekarz: – Pod wpływem czego przechodzi?

Pacjent: – Po prostu się kładę.

Lekarz: – Jak często pojawiają się te bóle?

Pacjent: – Mniej więcej dwa razy w tygodniu.

Lekarz: – Od jak dawna?

Pacjent: – Od powrotu do domu. (PODPOWIEDŹ)

Lekarz: – Nie ma się czym niepokoić. To nie może mieć żadnego związku z operacją. Typowe bóle spowodowane nadciśnieniem. Zapiszemy leki. W domu, do którego ksiądz się ostatnio wprowadził, są podobno wspaniałe ogrody. (PRZERWANIE)

Pacjent: – Tak.

Lekarz: – to naprawdę ładnie ze strony Kościoła, że troszczysz się o starych księży. Poza tym miło być w towarzystwie.

Pacjent: – Tak.

Lekarz: – Proszę przyjść za miesiąc. Zobaczymy, jak sprawy stoją. I nich ksiądz dba o siebie.

Czym można zastąpić tego rodzaju pytania?

## AKTYWNE SŁUCHANIE

Zacznijmy od przykładu:

Żona pacjenta w hospicjum: „Boję się, że mąż się już nigdy nie obudzi.”

Pracownik hospicjum: „Kiedy mąż śpi, nie cierpi.”

Żona chorego nie uspokoiła się tą odpowiedzią. To samo pytanie postawiła mi. Tak oto wyglądała nasza rozmowa:

Zauważam niepokój pacjentki, słucham komunikatu i oddaję go pacjentce, celem pokazania jej, że komunikat został odebrany. Jakiej odpowiedzi się spodziewamy? Brzmiała ona tak:

„Tak, bardzo się tym niepokoję. Nie zdążyłam jeszcze zapytać męża, gdzie chce być pochowany”.

Aktywne słuchanie wymaga odłożenia na bok własnych myśli i uczuć, całkowitej rezygnacji z własnego sposobu patrzenia na różne sprawy – po to, by zrozumieć osobiste i niepowtarzalne uczucia i myśli mówiącego. Wymaga także empatii – chwilowego utożsamienia się z rozmówcą, wkroczeniem w jego świat i przyjęcia jego poglądu na rzeczywistość.

## TECHNIKI PROWADZENIA ROZMÓW.

### WYBÓR I FORMUŁOWANIE PYTAŃ

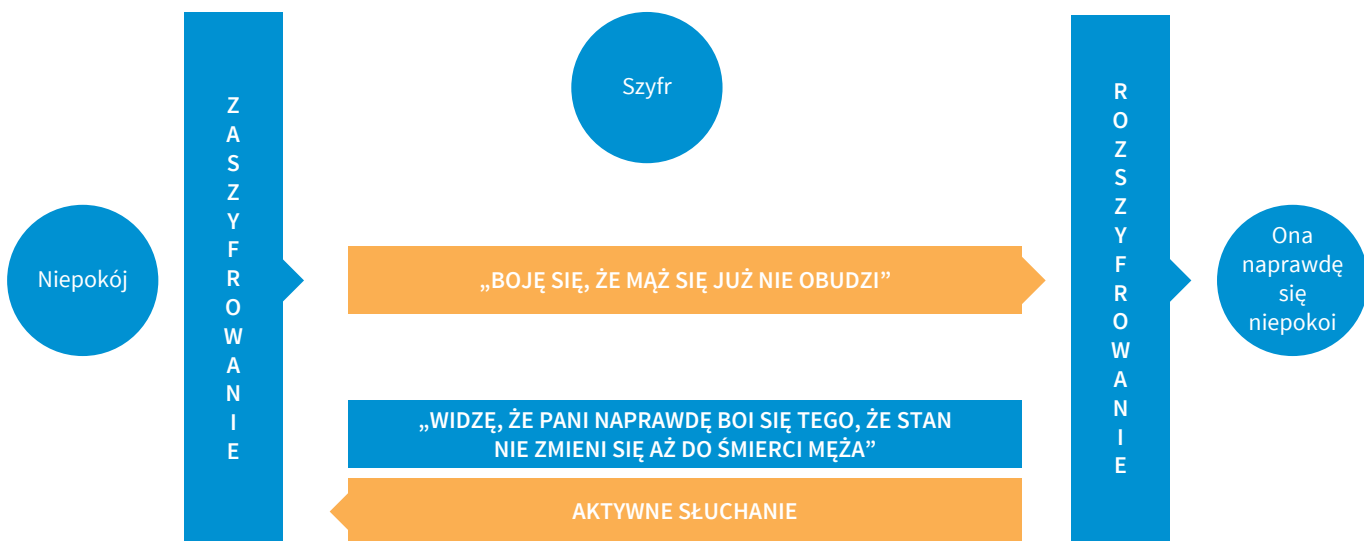
Odpowiedzmy sobie na pytanie: „Czy można palić podczas modlitwy?”

Raczej nie, nie wypada. Ale: „Czy można modlić się paliąc?”

Dlaczego nie, przecież to chyba nic złego pomodlić się w przerwie na papierosa?

Ten przykład pokazuje, jak ważne może być odpowiednio sformułowane pytanie. Oto przykłady różnych rodzajów pytań, przydatnych podczas ważnych rozmów z pacjentami i ich rodzinami.

• *Ograniczanie pytań do spraw ważnych z punktu widzenia celu.* Każde pytanie należy poprzedzić myślą czy ono jest rzeczywiście ważne.



- *Zadawanie tylko jednego pytania na raz.*
- *Powtórzenie pytania, gdy odpowiedź jest nieprecyzyjna.*

Niejasne fragmenty wypowiedzi mogą świadczyć np. o konflikcie w zakresie omawianego tematu lub być przejawem oporu ze strony pacjenta / rodziny.

- *Pytania otwarte i zamknięte.*

Pytanie otwarte: „Jakie zalecenia udało się panu zrealizować?”

Pytanie zamknięte: „Czy stosował się pan do zaleceń?”

- *Pytania o fakty i o interpretacje*

Na co Pani chorowała? Jak ocenia pani swoje zdrowie?

- *Pytania bezpośrednio i pośrednio*

Pytania bezpośrednio to pytania wprost, np.: pytanie o powód zgłoszenia, o dane personalne itd. Za jawną treścią i formą pytania nie kryje się wówczas intencja uzyskania innej informacji niż one sugerują.

Pytania nie wprost to pytania, których treść lub forma nie pokrywają się z treścią poszukiwanej informacji.

- *Pytania projekcyjne*

Funkcją tej szczególnej formy pytań pośrednich jest dotarcie do informacji trudno dostępnych świadomemu poznaniu klienta.

Pani stan to bardzo dużo ograniczeń i cierpienia. Czy jest pani w stanie wymienić cokolwiek, co jest w tej sytuacji na plus?

U kobiety po usunięciu narządów rodnych lub po mastektomii: Na czym według pani polega dobry związek z partnerem?

- *Pytania „uwikłane”*

Stosując tę technikę, maskujemy pytanie diagnostyczne pytaniami obojętnymi. Zakłada się, że dzięki rozmowie na tematy neutralne badany bez niepokoju przyjmie również trudniejsze pytanie, np. związane z zaburzeniami seksualnymi.

Np. pacjenci po wyłonieniu stomii mają problemy związane z kontaktami intymnymi ale wstydzą się o tym mówić. Wówczas pytanie dotyczące tej sfery umieszczamy wśród innych pytań, neutralnych, np. pytamy o ogólny stan zdrowia, fizjologię układu krążenia, sen... sferę seksualną...

- *Pytania naprowadzające (tendencyjne, sugerujące) a pytania neutralne.*

Są one tak sformułowane, by wyraźnie dać pacjentowi do zrozumienia, że każda jego odpowiedź zostanie przyjęta i zaakceptowana.

Np. Wychowanie dzieci bywa trudne. Jak często musi się pan uciekać do klapsów lub innych kar wobec syna? Lub: Ile może pan wypić, żeby się nie upić?



## INNE INTERWENCJE SŁUŻĄCE ZWIĘKSZENIU DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI INFORMACJI

### Informowanie

Dostarczanie pacjentowi informacji na temat spraw istotnych ze względu na realizowane cele. Np. jaki jest cel ponownego pobrania krwi.

### Facylitacja

Jest to interwencja polegająca na podtrzymywaniu rozmowy lub zachęcaniu do dalszych wypowiedzi. Może mieć formę werbalną (*Proszę mi opowiedzieć o tym więcej*) lub niewerbalną (spojrzenie, potakiwanie, gest ręki).

### Parafrazowanie

Jest metodą przeformułowywania podstawowego komunikatu klienta przy użyciu podobnych, lecz zazwyczaj w mniejszej ilości słów. Dla pomagającego, parafrazowanie służy głównie sprawdzeniu czy dobrze rozumie klienta. Dzięki parafrazie klient ma szansę również usłyszeć sam siebie.

Pacjent: Naprawdę doceniam moją żonę. Stale coś dla mnie robi. Teraz przez moją chorobę ma tyle obowiązków. Dbą o mnie, szykuje mi zdrowe jedzenie, każe mi odpoczywać, nie pozwala mi niczego robić. Ciągle pyta jak się czuję. A ja nie umiem niczego nie robić.

Pielęgniarka: Docenia pan troskliwość żony, ale o ile rozumiałam, przyzwyczajony jest pan do aktywnego trybu życia i ta duża opiekuńczość żony jest dla pana obciążeniem?

Pacjent: Tak. Chyba jest nadopiekuńcza przez co czuję się do niczego. Może mogłaby pani jakoś z żoną porozmawiać, tak żeby się nie obraziła?

### Klaryfikacja

Klaryfikację stosujemy wtedy, gdy nie zrozumieliśmy wypowiedzi badanego. Mówimy wtedy po prostu: *Nie zrozumiałam, czy... Nie jest dla mnie jasne...* i prosimy o wyjaśnienie.

Np. *Nikt ze mną nie rozmawia... w zasadzie nie obchodzi mnie to. Każdy ma swoje sprawy.* Informacja nieklarowna.

Uwaga: zwracajmy uwagę na ogólniki: nikt, nic, nigdy, wszyscy itp. Są nadużywane!

### Interpretacja

• To forma interwencji pomagającego, mająca na celu uchwycenie istoty problemu, mimo że nie został on wyartykułowany przez badanego. Polega na zwerbalizowaniu niejawną, ukrytą treść jego wypowiedzi, z której być może nie zdaje sobie sprawy, na zaproponowaniu alternatywnego znaczenia dla zachowań pacjenta.

• Np. *Myślę, że sposób w jaki zakończyło się twoje drugie małżeństwo jest podobny do tego, w jaki zakończyło się pierwsze.*

### Konfrontacja

Jest to technika docierania do informacji o ewentualnych konfliktach oraz poszerzania świadomości siebie badanego. Pomagający zwraca uwagę pacjenta na niespójności. Niezgodność może zachodzić między:

• Przekazem werbalnym i niewerbalnym:

*Powiedział pan, że to pana interesuje, jednocześnie zauważyłam, że patrzy pan w okno...*

• Przekazem słownym i zachowaniem:

*O ile dobrze pamiętam był pan zdecydowany zrobić badania, a dotąd nie był pan u lekarza.*

• Między zachowaniem werbalnym i niewerbalnym

*Mówisz o poważnym zagrożeniu życia i śmiejesz się przy tym. Czy może to mieć jakieś znaczenie?*

### KOMUNIKATY TYPU „JA”

Zdarzają się sytuacje, kiedy zachowanie pacjenta lub jego rodziny jest dla nas nie do przyjęcia, ponieważ stwarza problem. Najbardziej skuteczną formą będzie wówczas konfrontacyjny komunikat „ja”, który:

• Wpływa na zmianę zachowania pacjenta, przyczyniając się w ten sposób do zaspokojenia naszych potrzeb.

• Nie narusza godności pacjenta.

• Nie wpływa ujemnie na nasze kontakty.

Składa się z trzech elementów:

1. Nieoskarżającego opisu zachowania pacjenta, które stanowi dla nas problem.

2. Zakomunikowania pacjentowi, jaki jest wpływ jego zachowania na nas.

3. Zapowiedzi konsekwencji.

Komunikat typu „ty” etykietuje partnera komunikacji, w efekcie czego może być na nas zły albo na przykład

zawstydzi się na tyle, że wycofa się z interakcji. W komunikatach typu „ja” możemy komunikować o naszych najgorszych emocjach... ale mówimy o sobie, co nie może obrazić drugiej osoby.

### O „SZYCIU NA MIARĘ” – PACJENCI SĄ RÓŻNI

Ludzi można podzielić na nieskończenie wiele sposobów. W artykule tym przedstawiam może niezbyt naukowy ale mam nadzieję użyteczny w praktyce Pielęgniarek i Położnych podział. Myślę tu o pacjentach z różnymi stylami radzenia sobie ze stresem, pacjentach w starszym wieku i o pacjentach agresywnych.

*Praca pielęgniarki czy położnej ze względu na to, że wiąże się i kojarzy z „opiekowaniem się”, czy „reagowaniem na alarm pacjenta” jest jednocześnie szczególnego rodzaju relacją i co za tym idzie szczególnego rodzaju komunikacją. Dlaczego szczególną? Ponieważ pielęgnacja pacjenta stwarza specyficzne warunki, które skłaniają pacjentów do zwierzania się ze swoich problemów. Pielęgniarka jest zatem nierzadko osobą stojącą w „pierwszej linii” i zmuszoną do zareagowania. Zdrowy rozsądek podpowiada aby reagować zanim będzie można skonsultować się z osobami zajmującymi się poradnictwem profesjonalnie.*

**KAŻDY KOMUNIKATY TYPU „JA” ODNOSI SIĘ DO KONKRETNEJ SYTUACJI SPOWODOWANEJ ZACHOWANIEM PODOPIECZNEGO I ROZPOCZYNA SIĘ OD SŁOWA „KIEDY”, PO KTÓRYM NASTĘPUJE OPIS ZACHOWANIA. WSKAZUJE UCHWYTNY I ONKRETNY WPŁYW JAKI ZACHOWANIE PODOPIECZNEGO WYWIERA NA NAS. UJAWNIA STAN NASZYCH UCZUĆ. OPIS + UCHWYTNY I KONKRETNY WPŁYW + UJAWNIANIE STANU UCZUĆ / ZAPOWIEDŹ KONSEKWENCJI**

KOMUNIKAT TYPU „TY”	KOMUNIKAT TYPU „JA”
Jest Pani marudna	Kiedy mnie Pani co chwilę woła i krytykuje Pani to, co dla Pani robię staję się coraz bardziej zmęczona i zła
Leki są po to, by je zażywać, a nie po to, by je ukradkiem wyrzucać	Kiedy ukrywa Pani leki mimo, że obiecała je Pani zażyć czuję się oszukana i wprowadzona w błąd. Jeśli to się nie zmieni będę zmuszona poinformować o tym ordynatora
Jeżeli jeszcze raz mnie Pan skrytykuje, to zostawię Pana samego!	Kolejny raz mnie Pan krytykuje, przez co jest mi bardzo przykro. W konsekwencji czego, nie mam ochoty zaczynać z Panem rozmowy
Niechże się Pan odezwie!	Kiedy mimo moich zachęt pan milczy, czuję się ignorowana, tracę czas, którego nie mam wiele dla innych pacjentów

#### PACJENT ZE STYLEM SKONCENTROWANYM NA ZADANIU

Pacjent taki ma tendencje do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu poprzez zmianę sposobu myślenia lub próby zmiany sytuacji. Główny nacisk położony jest na zadanie lub planowanie rozwiązanie problemu.

- Zbiera informacje
- Selekcjonuje informacje
- Podejmuje decyzje
- Podejmuje odpowiednie działania
- Wprowadza zmiany
- Przystosowuje się do życia z problemem, który jest niemożliwy do zmiany

Potrzebuje od nas: informacji, zadań do wykonania. Cierpi, gdy „nie wie na czym stoi”, gdy ogranicza się jego aktywność, gdy szepcze się za jego plecami o nim rodzinie.

#### PACJENT ZE STYLEM ZORIENTOWANYM NA POSZUKIWANIE NAJLEPSZYCH ROZWIĄZAŃ

Zachowanie takich osób jest podobne do zachowania ludzi opisanych powyżej, z tą różnicą, że na każdym etapie radzenia sobie z problemem poszukują najlepszych rozwiązań. Wiąże się to często z poświęcaniem dużej ilości czasu i środków na zbieranie i selekcjonowanie informacji, czy dotarcie do wybranego specjalisty z drugiego końca świata. Osoby takie akceptują fakt wydatkowania tychże środków i czasu.

W spotkaniu z takim pacjentem warto pamiętać, że chęć skonsultowania się z „jeszcze jednym specjalistą” nie jest spowodowane brakiem zaufania do specjalisty z naszego oddziału, wynika natomiast z własnej potrzeby psychicznej. O ile działania pacjenta nie idą w niebezpiecznym kierunku – pozwólmy mu na to.

#### PACJENT ZE STYLEM SKONCENTROWANYM NA EMOCJACH

Jest to styl charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych koncentrują się na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, jak np.: złość, poczucie winy, lęk. Mają tendencję do myślenia życzeniowego i fantazjowania. Emocje wywołane problemem tak bardzo zakłócają funkcjonowanie jednostki, że problem (np. utrata zdrowia) musi najpierw ustąpić miejsca czynnościom skierowanym na wyciszenie emocji. Osoby takie w celu poprawienia samopoczucia mogą rozwinąć nadmiernie optymistyczne oczekiwania (np. zastosowanie cudownej diety ma doprowadzić do cofnięcia się cukrzycy). W pracy z takimi pacjentami powinniśmy pamiętać aby najpierw dotrzeć do źródeł negatywnych emocji pacjenta i je wyciszyć, a dopiero później informować, rozdawać zadania. W przeciwnym razie niczego nie „usłyszą” walcząc z emocjami.

#### PACJENT ZE STYLEM SKONCENTROWANYM NA UNIKANIU

Styl osób, które w sytuacji trudnej wykazują tendencję do wystrzegania się myślenia, przeżywania i doświadczania tej

	DEPRESJA	OTĘPIENIE
Nastrój	Smutny	Apatyczny
Orientacja w czasie i przestrzeni	Zachowana	Zaburzona
Pamięć	Subiektywne pogorszenie, wrażenie niesprawności intelektualnej	Pogorszenie realne, widoczne w badaniach testowych
Zaburzenia koncentracji	Tak	Tak
Niepokój	Najczęściej wewnętrzny	Często manifestuje się zewnętrznie
Sen	Wczesne wybudzenie lub trudności z zasypianiem	Odwrócony rytm dobowy snu i czuwania
Wykonywanie codziennych czynności	Niechęć do działania	Podejmowanie aktywności w sposób niezorganizowany
Zainteresowania	Zmniejszenie	Zmniejszenie
Odpowiedzi w testach	Częściej mówi „nie wiem”	Szuka prawidłowej odpowiedzi

sytuacji. W zachowaniu takich osób dominuje zadziwiające „nieprzejmowanie się” sprawą i w konsekwencji niepodjęcie żadnych kroków zmierzających do rozwiązania problemu. Pacjenci tacy mogą angażować się w czynności zastępcze, np. oglądanie telewizji lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Typowym przykładem może tu być sytuacja, w której kobieta wyczuwa guz w piersi ale ponieważ ocenia tę sytuację jako przerastającą jej możliwości, udaje że go nie ma i angażuje się w czynności mające za zadanie

odciągnięcie jej uwagi od źródła niepokoju. Naszą rolą będzie tu delikatna konfrontacja pacjenta z problemem, ocena źródeł problemu i wspólne poszukiwanie sposobów jego rozwiązania.

#### PACJENT AGRESYWNY

Mowa tu o pacjencie na tyle agresywnym, że niemożliwe jest zastosowanie rozmowy z komunikatem typu „ja”. W takiej sytuacji należy oczywiście wzywać pomoc, oraz





zabezpieczyć w miarę możliwości otoczenie (np. usuwając niebezpieczne narzędzia). Jeśli natomiast chodzi o słowne i bezsłowne techniki przeciwdziałania pobudzeniu i agresji, są to:

- Nieprzejawianie konfrontacyjnych zachowań, unikanie sporów, zachowań prowokacyjnych
- Zachowanie spokoju i opanowania ale bez okazywania strachu
- Mówienie łagodnym, spokojnym tonem
- Przedstawienie się (brak anonimowości obniża napięcie)
- Przekonanie pacjenta o chęci działania na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa wszystkim obecnym
- Zadeklarowanie o chęci pomocy, a jednocześnie niedopuszczenie do zachowań agresywnych
- Staranie się o odroczenie zachowań zagrażających poprzez nawiązanie kontaktu z pacjentem agresywnym
- Dopuszczanie do słownej ekspresji agresji redukującej napięcie i obniżającej ryzyko agresji fizycznej
- Zaproponowanie np. rozmowy, dostępu do telefonu w celu odwrócenia uwagi pacjenta i rozładowania jego napięcia

### PACJENT W PODESZŁYM WIEKU

Komunikacja z pacjentem w starszym wieku niekiedy może być znacznie utrudniona. Część problemów z kontaktem związana jest z zaburzeniami organicznymi, a więc z zaburzeniami funkcji poznawczych. Starzejący się mózg i zmiany zwyrodnieniowe czy degeneracyjne w nim zachodzące sprawiają nierzadko, że starsza osoba staje się mniej rozumiała – powtarza się, stosuje liczne dygresje, często bez związku z tokiem opowiadania, zapomina lub myli fakty, daty, a czasem nawet zapomina słów. Nawet jeśli w domu funkcjonowała w miarę prawidłowo, wyrwana ze swojego dobrze znanego kontekstu, w obcych warunkach szpitalnych może całkiem się „pogubić”. Rodzina takiego pacjenta widząc jego znacznie gorsze funkcjonowanie może oskarżać nas o złą opiekę.

W kontakcie z takim pacjentem należy pamiętać o tym, by stwarzać mu maksymalne poczucie bezpieczeństwa, komunikować się wolno, precyzyjnie, rozumiałym dla pacjenta językiem, sprawdzając często poziom zrozumienia. Ważniejsze informacje należy przekazywać opiekunom chorego. Dużym problemem diagnostycznym jest różnicowanie u osób starszych zaburzeń depresyjnych od zaburzeń otępiennych:

Na koniec życzliwa uwaga. Życzliwa, ponieważ dotyczy co prawda błędu w opiece nad pacjentami (szczególnie starszymi, bądź w znacznym stopniu zmienionymi chorobą), jednak popełnionego nieświadomie i niejako z „dobrego serca”. Mimo że pacjent leży jak niemowlę, jest od nas całkowicie zależny i sam nie zakomunikuje nam o swoich potrzebach, unikajmy komunikatów w stylu: „Jasieńku, chodź teraz zmienimy pampersa”. Zamieńmy to na: „witam panie Janie, zamykam drzwi, bo przyszłam aby zmienić panu pampersa. [...] a teraz podam panu leki przeciwbólowe itd.

Czasem łatwo się pomylić, bo oczy widzą coś innego i sprawiać przykrość komuś, kto teraz się wstydzi lub gniewa. Ale nie powie, bo już nie może albo może ale zdaje sobie sprawę, że jest zależny i ze strachu milczy. . .

*Psycholog  
Beata Pietrzak*

### PIŚMIENNICTWO:

B. Bętkowska – Korpała, J. K. Gierowski (red.), *Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2007.

T. Gordon, W. Sterling Edwards, *Rozmawiać z pacjentem*. Medcover, Warszawa, 2009.

A. Suchańska, *Rozmowa i obserwacja w diagnozie psychologicznej*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, 2007.

E. Sujak, *ABC psychologii komunikacji*. Wydawnictwo WAM, Kraków, 2006.

M.B. Rosenberg, *Porozumienie bez przemocy*. Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa 2013.

# POD PARAGRAFEM §

Dzisiejszy artykuł poświęcony będzie ochronie jaka przewidziana jest przepisami prawa dla funkcjonariusza publicznego, z której korzysta pielęgniarka lub położna.

Przepis art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi, iż pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 4 ust. 1 pkt 1–5 i art. 5 ust. 1 pkt 1–9, korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz.U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.). Podmiotem ochrony prawnej tym przepisem wskazanym jest pielęgniarka lub położna, pielęgniarz lub położny. Pielęgniarka lub położna korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych jednak tylko podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych takich jak **w przypadku pielęgniarki:**

- 1) rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 2) rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- 3) planowanie i sprawowanie opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- 4) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- 5) realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;

#### **w przypadku położnej:**

- 1) rozpoznawanie ciąży, sprawowanie opieki nad kobietą w przebiegu ciąży fizjologicznej, a także prowadzenie w określonym zakresie badań niezbędnych w monitorowaniu ciąży fizjologicznej;
- 2) kierowanie na badania konieczne do jak najwcześniejszego rozpoznania ciąży wysokiego ryzyka;
- 3) prowadzenie porodu fizjologicznego oraz monitorowanie płodu z wykorzystaniem aparatury medycznej;
- 4) przyjmowanie porodów naturalnych, w przypadku konieczności także z nacięciem krocza, a w przypadkach nagłych także porodu z położenia miednicowego;
- 5) podejmowanie koniecznych działań w sytuacjach na-

głych, do czasu przybycia lekarza, w tym ręcznego wydobycia łożyska, a w razie potrzeby ręcznego zbadania macicy;

- 6) sprawowanie opieki nad matką i noworodkiem oraz monitorowanie przebiegu okresu poporodowego;
- 7) badanie noworodków i opiece nad nimi oraz podejmowanie w razie potrzeby wszelkich niezbędnych działań, w tym natychmiastowej reanimacji;
- 8) realizacja zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 9) samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

*Przepis art. 11 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej stanowi, iż pielęgniarka i położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, (...) korzystają z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych na zasadach określonych w ustawie z dnia 6 czerwca 1997 r. (...) Podmiotem ochrony prawnej tym przepisem wskazanym jest pielęgniarka lub położna, pielęgniarz lub położny. Pielęgniarka lub położna korzysta z ochrony przewidzianej dla funkcjonariuszy publicznych jednak tylko podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych (...)*

**Oznacza to, iż pielęgniarka i położna nie podlegają powyższej ochronie prawnej w każdym innym przypadku w tym i przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w ramach wykonywania zawodu tj. w przypadku pielęgniarki przy:**

- 1) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- 2) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.
- 3) nauczaniu zawodu pielęgniarki lub położnej oraz wykonywaniu pracy na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek lub położnych;
- 4) prowadzeniu prac naukowo-badawczych w zakresie pielęgniarstwa;
- 5) kierowaniu i zarządzaniu zespołami pielęgniarek lub położnych;
- 6) świadczeniu pracy w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 7) świadczeniu pracy w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;
- 8) świadczeniu pracy w organach administracji publicznej,



których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia;

9) pełnieniu służby na stanowiskach służbowych w Inspektoracie Wojskowej Służby Zdrowia i innych jednostkach organizacyjnych Sił Zbrojnych Rzeczypospolitej Polskiej, na których wykonuje się czynności związane z ochroną zdrowia i opieką zdrowotną;

10) pełnieniu służby na stanowiskach służbowych w Centralnym Zarządzie Służby Więziennej i innych stanowiskach Służby Więziennej, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem i nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej przez podmiot leczniczy dla osób pozbawionych wolności;

11) świadczeniu pracy w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie;

12) świadczeniu pracy na stanowisku pielęgniarki w żłobku lub klubie dziecięcym, o których mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz.U. Nr 45, poz. 235, Nr 131, poz. 764 i Nr 171, poz. 1016);

13) sprawowaniu funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywaniu pracy na rzecz samorządu;

14) powołaniu do pełnienia z wyboru funkcji związkowej poza zakładem pracy pielęgniarki, jeżeli z wyboru wynika obowiązek wykonywania tej funkcji w charakterze pracownika, albo pełnienie funkcji w zarządzie zakładowej organizacji związkowej, jeżeli z pełnieniem tej funkcji jest związane zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy, o ile pielęgniarka nie jest uznana zgodnie z definicją ustawową wyrażoną w art. 115 kk funkcjonariuszem publicznym.

**a w przypadku położnej przy :**

1) profilaktyce chorób kobiecych i patologii położniczych;

2) rozpoznawaniu u matki lub dziecka objawów nieprawidłowości wymagających skierowania do lekarza;

3) sprawowaniu opieki położniczo-ginekologicznej nad kobietą;

4) prowadzeniu działalności edukacyjno-zdrowotnej w zakresie:

- a) przygotowania do życia w rodzinie, metod planowania rodziny oraz ochrony macierzyństwa i ojcostwa,
- b) przygotowywania do rodzicielstwa oraz pełnego przygotowania do urodzenia dziecka, łącznie z poradnictwem na temat higieny i żywienia,

5) nauczaniu zawodu położnej lub pielęgniarki oraz wykonywaniu pracy na rzecz doskonalenia zawodowego położnych lub pielęgniarek;

6) prowadzeniu prac naukowo-badawczych w zakresie wykonywania zawodu położnej, w szczególności opieki nad kobietą, noworodkiem lub rodziną;

7) kierowaniu i zarządzaniu zespołami pielęgniarek lub położnych;

8) świadczeniu pracy w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;

9) świadczeniu pracy w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków pu-



blicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;

10) świadczeniu pracy w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia;

11) świadczeniu pracy w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych położnej określonych w ustawie;

12) świadczeniu pracy na stanowisku położnej w żłobku lub klubie dziecięcym, o których mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3;

13) sprawowaniu funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywaniu pracy na rzecz samorządu;

14) powołaniu do pełnienia z wyboru funkcji związkowej poza zakładem pracy położnej, jeżeli z wyboru wynika obowiązek wykonywania tej funkcji w charakterze pracownika, albo pełnienie funkcji w zarządzie zakładowej organizacji związkowej, jeżeli z pełnieniem tej funkcji jest związane zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy, chyba że tak jak w przypadku pielęgniarki i do położnej będą miały zastosowanie przepisy, na mocy których położna zostanie uznana za funkcjonariusza publicznego.

**Ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariusza publicznego, z jakiej korzysta pielęgniarka lub położna, wyznaczana jest w poniżej wskazanych przepisach kodeksu karnego:**

**Art. 222. [Naruszenie nietykalności funkcjonariusza] § 1.** Kto narusza nietykalność cielesną funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych,

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Jeżeli czyn określony w § 1 wywołało niewłaściwe zachowanie się funkcjonariusza lub osoby do pomocy mu przybranej, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary, a nawet odstąpić od jej wymierzenia.

**Art. 223. [Czynna napaść]** § 1. Kto, działając wspólnie i w porozumieniu z inną osobą lub używając broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego, dopuszcza się czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 2. Jeżeli w wyniku czynnej napaści nastąpił skutek w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

**Art. 224. [Wymuszenie]** § 1. Kto przemocą lub groźbą bezprawną wywiera wpływ na czynności urzędowe organu administracji rządowej, innego organu państwowego lub samorządu terytorialnego,

podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto stosuje przemoc lub groźbę bezprawną w celu zmuszenia funkcjonariusza publicznego albo osoby do pomocy mu przybranej do przedsięwzięcia lub zaniechania prawnej czynności służbowej.

§ 3. Jeżeli następstwem czynu określonego w § 2 jest skutek określony w art. 156 § 1 lub w art. 157 § 1, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

**Art. 224a. [Wprowadzenie w błąd instytucji użyteczności publicznej]** Kto wiedząc, że zagrożenie nie istnieje, zawiadamia o zdarzeniu, które zagraża życiu lub zdrowiu wielu osób lub mieniu w znacznych rozmiarach lub stwarza sytuację, mającą wywołać przekonanie o istnieniu takiego zagrożenia, czym wywołuje czynność instytucji użyteczności publicznej lub organu ochrony bezpieczeństwa, porządku publicznego lub zdrowia mającą na celu uchylenie zagrożenia,

podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

**Art. 225. [Zakłócenie kontroli ekologicznej]** § 1. Kto osobie uprawnionej do przeprowadzania kontroli w zakresie ochrony środowiska lub osobie przybranej jej do pomocy udaremnia lub utrudnia wykonanie czynności służbowej,

podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.

§ 2. Tej samej karze podlega, kto osobie uprawnionej do kontroli w zakresie inspekcji pracy lub osobie przybranej jej do pomocy udaremnia lub utrudnia wykonanie czynności służbowej.

§ 3. (uchylony)

§ 4. Tej samej karze podlega, kto osobie upoważnionej do przeprowadzania czynności w zakresie nadzoru i kontroli w jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej lub w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku udaremnia lub utrudnia wykonanie czynności służbowych.

**Art. 226. [Znieważenie funkcjonariusza]** § 1. Kto znieważa funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu przybraną, podczas i w związku z pełnieniem obowiązków służbowych,

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

§ 2. Przepis art. 222 § 2 stosuje się odpowiednio.

§ 3. Kto publicznie znieważa lub poniża konstytucyjny organ Rzeczypospolitej Polskiej,

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

**Art. 229. [Przekupstwo]** § 1. Kto udziela albo obiecuje udzielić korzyści majątkowej lub osobistej osobie pełniącej funkcję publiczną w związku z pełnieniem tej funkcji,

podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8.

§ 2. W wypadku mniejszej wagi, sprawca

podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.

§ 3. Jeżeli sprawca czynu określonego w § 1 działa, aby skłonić osobę pełniącą funkcję publiczną do naruszenia przepisów prawa lub udziela albo obiecuje udzielić takiej osobie korzyści majątkowej

lub osobistej za naruszenie przepisów prawa,

podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10.

§ 4. Kto osobie pełniącej funkcję publiczną, w związku z pełnieniem tej funkcji, udziela albo obiecuje udzielić korzyści majątkowej znacznej wartości,

podlega karze pozbawienia wolności od lat 2 do 12.

§ 5. Karom określonym w § 1–4 podlega odpowiednio także ten, kto udziela albo obiecuje udzielić korzyści majątkowej lub osobistej osobie pełniącej funkcję publiczną w państwie obcym lub w organizacji międzynarodowej, w związku z pełnieniem tej funkcji.

§ 6. Nie podlega karze sprawca przestępstwa określonego w § 1–5, jeżeli korzyść majątkowa lub osobista albo ich obietnica zostały przyjęte przez osobę pełniącą funkcję publiczną, a sprawca zawiadomił o tym fakcie organ powołany do ścigania przestępstw i ujawnił wszystkie istotne okoliczności przestępstwa, zanim organ ten o nim się dowiedział.

**Art. 231a. [Ochrona prawna funkcjonariuszy publicznych]** Z ochrony prawnej przewidzianej dla funkcjonariuszy publicz-

*W przypadku więc, gdy pielęgniarka lub położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, (...) zostanie pokrzywdzona jednym z przestępstw w powołanych (...) w przepisach, przez np. pacjenta lub jego rodzinę, albo przez każdą inną osobę, nawet przez współpracownika, także i w przypadku gdy jest nim inna pielęgniarka lub położna korzystająca z takiej ochrony prawnej, może zawiadomić organy ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.*

nych podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych funkcjonariusz publiczny korzysta również wtedy, jeżeli bezprawny zamach na jego osobę został podjęty z powodu wykonywanego przez niego zawodu lub zajmowanego stanowiska.

W przypadku więc, gdy pielęgniarka lub położna podczas i w związku z wykonywaniem czynności polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, o których mowa powyżej zostanie pokrzywdzona jednym z przestępstw w powołanych powyżej przepisach, przez np. pacjenta lub jego rodzinę, albo przez każdą inną osobę, nawet przez współpracownika, także i w przypadku gdy jest nim inna pielęgniarka lub położna korzystająca z takiej ochrony prawnej, może zawiadomić organy ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa. Obowiązek prawny w tym zakresie ma instytucja państwowa, która w związku ze swą działalnością dowiedziała się o popełnieniu przestępstwa ściganego z urzędu. Instytucja ta w omawianej sytuacji ma obowiązek również przedsięwziąć niezbędne czynności do czasu przybycia organu powołanego do ścigania przestępstw lub do czasu wydania przez ten organ stosownego zarządzenia, aby nie dopuścić do zatarcia śladów i dowodów przestępstwa.

Często pielęgniarki/położne zadają pytanie na temat karalności pacjenta, który znieważa je w warunkach korzystania z ochrony przewidzianej dla funkcjonariusza publicznego, w stanie niepoczytalności lub w stanie np. bólu i cierpienia. Obie sytuacje należy rozdzielić.

Zgodnie z art. 31 kk nie popełnia przestępstwa, kto, z powodu choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innego zakłócenia czynności psychicznych, nie mógł w czasie czynu rozpoznać jego znaczenia lub pokierować swoim postępowaniem.

§ 2. Jeżeli w czasie popełnienia przestępstwa zdolność rozpoznania znaczenia czynu lub kierowania postępowaniem

była w znacznym stopniu ograniczona, sąd może zastosować nadzwyczajne złagodzenie kary.

§ 3. Przepisów § 1 i 2 nie stosuje się, gdy sprawca wprawił się w stan nietrzeźwości lub odurzenia powodujący wyłączenie lub ograniczenie poczytalności, które przewidywał albo mógł przewidzieć.

Natomiast w sytuacji, gdy pacjent nie panuje nad swoimi odruchami, nie kieruje wolą, a jedynie są one przejawem fizjologicznym nie możemy w ogóle mówić o popełnieniu czynu i taki też pogląd przeważa w literaturze przedmiotu. Typowym przykładem jest np. pacjent, który ma atak epilepsji i na skutek odruchów dla tego stanu fizjologicznie właściwych naruszył nietykalność cielesną pielęgniarki, albo np. kobieta rodząca, która w trakcie bólu porodowego również w sposób niezamierzony i nieprzewidywalny naruszy nietykalność cielesną położnej.

Temat poruszony w tym artykule można wyjaśniać bardziej obrazowo na przykładach, co jednak nie może być przedmiotem artykułu, z uwagi na ograniczenia ilościowe. Natomiast tematyka ta niewątpliwie będzie przydatna dla każdej z Pań i Panów, bo w swojej pracy z pewnością często spotykacie się z zamierzonymi i niezamierzonymi naruszeniami Waszej nietykalności cielesnej, ograniczenia wolności, czci, dobrego imienia, wizerunku i innych dóbr osobistych podlegających ochronie prawnej. Niewątpliwie funkcjonariusz publiczny korzysta ze szczególnej ochrony prawnej, czego przykładem może być wyższe zagrożenie karą, aniżeli przestępstw tego samego rodzaju popełnianych na osobach nie posiadających takiego przymiotu i jest to faktem powszechnie znanym.

*Kancelaria Prawna „S”  
mgr Dorota Pakuła*



# W ZGODZIE Z KODEKSEM PRACY

## Równoważny czas pracy – co to oznacza?

Pracownikom podmiotów leczniczych nie można wydłużyć do 12 miesięcy okresów rozliczeniowych oraz wprowadzać ruchomego czasu pracy. Zgodnie ze stanowiskiem Państwowej Inspekcji Pracy do pracowników tych nie będą miały zastosowania znowelizowane przepisy Kodeksu pracy. W ramach równoważnego czasu pracy istnieje natomiast możliwość elastycznego kształtowania wymiaru czasu pracy pracownika w poszczególnych dniach.

W podmiocie leczniczym pielęgniarki pracują w systemie równoważnym.

Czy można w takim przypadku wydłużyć okres rozliczeniowy do 12 miesięcy?

Czy czas pracy pielęgniarki może wyglądać w taki sposób, że rozkład pracy pielęgniarki to 12 godzin w poniedziałek, środę i piątek?

Pielęgniarka pracuje w terenie i jej czas pracy może skrócić się lub wydłużyć się z powodu większej liczby zabiegów.

Czy może pracować w poniedziałek 11 godzin, w środę 11 godzin a w piątek 14 godzin?

Czy w takiej sytuacji wystąpią nadgodziny?

Czy w ogóle może ona posiadać ruchomy czas pracy?

Jeśli okaże się, że praca pielęgniarki w piątek to 2 godziny nadgodzin, to czy może ona przyjść do pracy w niedzielę na 2 godziny (pozostałe z poniedziałku i środy)?

Czy system równoważny to tylko 12 godzin, czy może on np. trwać po 10 godzin?

Pracownikom podmiotów leczniczych nie można wydłużyć do 12 miesięcy okresów rozliczeniowych oraz wprowadzać ruchomego czasu pracy.

Zgodnie z najnowszym stanowiskiem Państwowej Inspekcji Pracy do pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych nie będą miały zastosowania znowelizowane przepisy ustawy z 26 czerwca 1974 roku – Kodeks pracy (tekst jedn.: Dz.U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm.) – dalej k.p., dotyczące czasu pracy, w tym w szczególności art. 1401 k.p. (dotyczący ruchomego czasu pracy) i art. 129 § 2 k.p. (dotyczący możliwości wydłużenia do 12 miesięcy okresów rozliczeniowych czasu pracy).

PIP stoi na stanowisku, że ustawa z 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.) – dalej u.d.z.l. w dziale III reguluje czas pracy pracowników podmiotów leczniczych, określając obowiązujące ich normy czasu pracy, warunki stosowania rozkładów czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę, długość okresu rozliczeniowego oraz zasady tworzenia harmonogramów pracy. Regulacja ta ma zatem, zdaniem Inspekcji, charakter wyczerpujący, a co za tym idzie brak jest podstaw dla stosowania przepisów art. 129 § 2 i 1401 k.p.

W ramach równoważnego czasu pracy istnieje możliwość elastycznego kształtowania wymiaru czasu pracy pracownika w poszczególnych dniach. Zgodnie z art. 94 ust. 1 u.d.z.l., jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do 12 godzin na dobę, z zastrzeżeniem art. 93 ust. 3 i 4 u.d.z.l. Choć art. 94 u.d.z.l. nie posługuje się pojęciem równoważnego systemu czasu pracy, poprzez możliwość wprowadzenia rozkładów czasu pracy przewidujących przedłużenie dobowego wymiaru czasu pracy pracowników do 12 godzin, system ten w rzeczywistości wprowadza.

Zastosowanie równoważnego systemu czasu pracy, na podstawie art. 94 u.d.z.l. możliwe jest względem prawie wszystkich zatrudnionych w podmiocie leczniczym pracowników. Przepis ten nie uzależnia możliwości stosowania równoważnego systemu czasu pracy od przynależności pracownika do określonej grupy (np. pracowników medycznych, obsługi, gospodarczych). Jedynie względem pracowników w ciąży oraz pracowników opiekujących się dzieckiem do lat 4, bez ich zgody, zatrudnionych w ramach równoważnego systemu czasu pracy, niedopuszczalne jest wydłużenie obowiązującego ich wymiaru czasu pracy ponad 8 godzin na dobę.

Istota równoważnego systemu czasu pracy polega przede wszystkim na tym, że można wydłużyć dobowy wymiar czasu pracy pracowników nawet do 12 godzin, pod warunkiem zrekompensowania tego wydłużenia odpowiednim skróceniem wymiaru czasu pracy w inne dni lub pozostawieniem dodatkowych dni harmonogramowo wolnych. Pracodawca może więc swobodnie polecać pracownikom pracę w poszczególnych dobach w różnym wymiarze czasu pracy (np. po 10, 11 lub 12 godz.), byleby pracownicy nie przekroczyli maksymalnie 12 godzin na dobę, przeciętnie tygodniowej normy czasu pracy (tj. 37 godz. i 55 min.) oraz obowiązującego ich w danym okresie rozliczeniowym wymiaru czasu pracy.

Zatem czas pracy pielęgniarki może wyglądać w taki sposób, że pracować ona będzie po 12 godzin w poniedziałki, środy i piątki. W takim przypadku w tygodniu wypracowuje przeciętnie 36 godzin. W konsekwencji jednak taki rozkład czasu pracy pielęgniarki może spowodować niewypracowanie obowiązującego ją wymiaru czasu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Pracodawca pamiętać musi, aby okoliczność ta nie niosła za sobą negatywnych konsekwencji dla pracownicy (gdyż to nie ona odpowiada za organizację pracy).

Pracodawca może ponadto polecać pielęgniarce pracę w różnym dobowym wymiarze czasu pracy (od 1 godziny do 12 godzin na dobę). Nie może jednak planować pracy przez więcej niż 12 godzin w danym dniu. Każda zaplanowana godzina pracy wykraczająca poza ten wymiar stanowić bowiem będzie pracę nadliczbową, którą pracodawca zobowiązany będzie zrekompensować.

W przypadku powstania pracy nadliczbowej pracodawca ma możliwość jej rekompensaty w postaci czasu wolnego od pracy. Pamiętać jednak musi, że gdy z wnioskiem o udzielenie czasu wolnego w zamian za pracę nadliczbową wystąpi pracownik za np. 2 godziny dodatkowej pracy otrzyma 2 godziny czasu wolnego. Jeżeli jednak to pracodawca zdecyduje o udzieleniu pracownikowi czasu wolnego

w zamian za pracę nadliczbową za 2 godziny pracy nadliczbowej pracownik otrzyma 3 godziny czasu wolnego. W tym bowiem przypadku zgodnie z art. 1512 k.p., wymiar udzielanego pracownikowi czasu wolnego jest o połowę wyższy niż liczba przepracowanych godzin nadliczbowych.

Czas wolny może zostać pracownikowi udzielony w dniu jego pracy skracając tym samym dobowy wymiar czasu pracy pracownika w danym dniu.

Planując czas pracy pielęgniarki pracodawca pamiętać również musi, aby średnio w tygodniu korzystała ona z 2 dni wolnych o pracy – z dnia wolnego wynikającego z zasady przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy oraz z niedzieli lub dnia wolnego udzielonego w zamian z świadczoną pracą w niedzielę.

## Kiedy pracodawca zobligowany jest do przeniesienia pracownika na inne niż dotychczas zajmowane stanowisko pracy.

Kodeks pracy przewiduje sytuacje, w razie zaistnienia których pracodawca zobligowany jest do przeniesienia pracownika na inne niż dotychczas zajmowane stanowisko. Przypadki te dotyczą:

- kobiet w ciąży, które ze względu na swój stan nie powinny wykonywać dotychczasowej pracy;
- młodocianych, w razie gdy dana praca zagraża ich zdrowiu;
- pracowników, którzy ulegli wypadkowi przy pracy;
- pracowników, u których stwierdzone zostały objawy choroby zawodowej;

Należy w tym miejscu również wskazać, że wykaz chorób zawodowych znajduje się w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (Dz. U. Nr 105, poz. 869).

Ponadto w myśl art. 55 par 1 kodeksu pracy pracownik może rozwiązać umowę o pracę bez wypowiedzenia, jeżeli zostanie wydane orzeczenie lekarskie stwierdzające szkodliwy wpływ wykonywanej pracy na zdrowie pracownika, a pracodawca nie przeniesie go w terminie wskazanym w orzeczeniu lekarskim do innej pracy, odpowiedniej ze względu na stan jego zdrowia i kwalifikacje zawodowe. Jednakże należy zaznaczyć, że w każdym wypadku niezbędne jest orzeczenie lekarskie dotyczące stanu zdrowia pracownika i możliwości dalszego wykonywania pracy na obecnym stanowisku. W doktrynie wskazuje się, że „Niezbędne jest zatem wydanie przez fachowy organ dokumentu, który stwierdza niekorzystne skutki świadczenia pracy dla zdrowia zatrudnionego. Komentowany przepis wyraźnie wskazuje, że orzeczenie powinno wskazywać termin przeniesienia pracownika do innej pracy. Tryb wydawania orzeczeń lekarskich jest przedmiotem rozporządzenia w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych Kodeksem pracy.” (tak: A. Sobczyk, Kodeks pracy. Komentarz. Warszawa 2014 r.).

Przeniesienie pracownika do innej pracy może jednak powodować zmianę warunków pracy w tym także wynagradzania na mniej korzystne.

Równocześnie trzeba wskazać, że trybem ewentualnej zmiany stanowiska pracy może być także zawarcie porozumienia z pracodawcą, jednak w takim przypadku niezbędna jest zgodna wola obu stron.



# WIEDZA RATUJE ŻYCIE

Szanowni Państwo,

uprzejmie przypominamy, że Krajowe Centrum ds. AIDS, agencja Ministra Zdrowia, w roku 2014 kontynuuje realizację kampanii informacyjnej *Znam rekomendację PTN AIDS. Zalecam test na HIV*, która jest skierowana bezpośrednio do środowiska medycznego (w szczególności do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy ginekologów oraz pielęgniarek i położnych).

Celem naszych działań jest upowszechnienie wśród środowisk medycznych wiedzy na temat wczesnej diagnostyki zakażenia HIV, która przyczynia się do ograniczenia liczby nowych zakażeń i pozwala w odpowiednim czasie rozpocząć terapię antyretrowirusową (ARV). Kampania przypomina o konieczności rozważenia zlecenia pacjentowi testu w kierunku HIV. Celem przekazu informacyjnego jest również popularyzacja aktualnych rekomendacji Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS (PTN

AIDS) w zakresie testowania w kierunku HIV, a w szczególności wskazań klinicznych do wykonania badania na obecność wirusa.

Obecnie często obserwuje się późną wykrywalność HIV, nawet w fazie AIDS, podczas gdy prawidłowe rozpoznanie zakażenia nie wiąże się ze skomplikowanymi badaniami, ale opiera się przede wszystkim na przeprowadzeniu dokładnego wywiadu z pacjentem. Dlatego też hasło kampanii brzmi: *Znam rekomendację PTN AIDS. Zalecam test na HIV*. Kampanię tę objęli honorowym patronatem: Minister Zdrowia, Prezes Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego i Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny rodzinnej.

Problem HIV/AIDS wciąż jest aktualny, ponieważ liczba zakażeń HIV w Polsce systematycznie wzrasta. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny, od 1985 r. do końca lutego 2014 r. wykryto w Polsce 17 693 zakażeń HIV, jednak szacuje się, że co druga osoba żyjąca z HIV nie wie, że jest zakażona i może nieświadomie zakażać innych. Wbrew obiegowej opinii na ryzyko zakażenia HIV narażeni mogą być wszyscy – bez względu na wiek, płeć, orientację seksualną, religię i rasę.

**Uważamy, że rola pielęgniarek i położnych w opiece medycznej jest nie do przecenienia. Podczas wykonywania swoich obowiązków zawodowych mają znacznie więcej okazji do rozmowy z pacjentami i proszą często właśnie do nich zwracają się z pytaniami i proszą o wyjaśnienie tego, co mówił lekarz, który często nie ma czasu, by wytłumaczyć dokładnie swoje decyzje. Dlatego właśnie zwracamy się do Państwa z prośbą o przekazanie tej informacji wszystkim zainteresowanym.**

Wersje elektroniczne wszystkich materiałów kampanijnych (broszur, ulotek, plakatów) są dostępne na stronie Krajowego Centrum ds. AIDS. Przez stronę [www.aids.gov.pl](http://www.aids.gov.pl) (zakładka publikacje) można również zamówić nieodpłatne materiały w formie drukowanej. Szczególnie interesujące mogą być dla Państwa wydawnictwa takie jak: **broszura HIV/AIDS dla pielęgniarek i położnych** (<http://aids.gov.pl/?page=publikacje&act=a&id=184>) oraz **ulotka i plakat dotyczące postępowania po zawodowej ekspozycji na materiał potencjalnie zakaźny (HIV/HBV/HCV)** (<http://aids.gov.pl/?page=publikacje&act=a&id=187>).

Zapraszamy do zapoznania się z założeniami kampanii i wszystkimi naszymi publikacjami, także tych dla pacjentów.

Krajowe Centrum ds. AIDS  
Iwona Gąsior  
Główny specjalista  
Dział Promocji Zdrowia



# Z PRAC ZESPOŁU

## Zasady przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych

W związku z obowiązującym od 11 grudnia 2012 roku RMZ w sprawie leczenia krwią, chcemy zwrócić uwagę na obowiązujące zasady, których należy bezwzględnie przestrzegać celem wyeliminowania pomyłek i powikłań poprzetoczeniowych u pacjentów.

Zachęcamy, aby w jednostkach gdzie są dokonywane transfuzje krwi, zostały opracowane standardy / procedury określające sposób prawidłowego wykonania zabiegu.

### Akty prawne regulujące leczenie krwią i preparatami krwiopochodnymi:

- poz Ustawa z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz.U. nr 106, poz 681 z późn. zmianami).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami (Dz. U. 2013 nr 5).

**Przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych może dokonać pielęgniarka / położna posiadająca uprawnienia (ukończyła szkolenie, posiada zaświadczenie o odbytym szkoleniu).**

**Krew i preparaty krwiopochodne są przetaczane na piśmne zlecenie lekarza.**

Planowa transfuzja powinna się odbywać w warunkach maksymalnie bezpiecznych dla chorego, w ciągu dnia, kiedy w szpitalu jest większa obsada pracowników oraz istnieje możliwość wykonania koniecznych badań. Powinna być wykonana bez pośpiechu, w spokojnej atmosferze, sprzyjającej prawidłowemu przebiegowi procesu.

Krew na grupę krwi i czynnik Rh należy pobrać do suchej próbki na „skrzep”.

**Probówka musi być dokładnie opisana drukowanymi literami :**

- Imię i nazwisko,
- data urodzenia lub pesel,
- data i godzina pobrania krwi.

Na próbę zgodności serologicznej należy pobrać 2 próbki krwi na „skrzep”. Probówki dokładnie opisać drukowanymi literami:

- imię i nazwisko,
- data urodzenia lub pesel,
- data i godzina pobrania.

**Do wykonania próby krzyżowej nie wolno używać żadnej z próbek krwi, które zostały pobrane do oznaczenia grupy krwi. Obowiązkowe jest pobranie nowej próbki.**

**Skierowanie na próbę zgodności serologicznej oraz druk zapotrzebowania na krew i preparaty krwiopochodne wypełnia lekarz.**

**Przed przetoczeniem krwi należy sprawdzić:**

- imię i nazwisko pacjenta, datę urodzenia pacjenta dla którego przeznaczony jest preparat krwioleczniczy,
- grupę krwi biorcy i czynnik Rh,
- wynik próby zgodności, dane na etykiecie pojemnika z preparatem przeznaczonym do przetoczenia,
- zgodność numeru donacji preparatu krwioleczniczego z wynikiem próby zgodności serologicznej,
- termin ważności preparatu krwioleczniczego,
- ilość jednostek przeznaczonych dla pacjenta,
- ocenić, czy nie ma oznak hemolizy,
- ocenić, czy nie zawiera skrzepów,
- czy nie brakuje naklejki i czy nie jest uszkodzona,
- czy zawiera informacje o badaniach wirusologicznych w zakresie: Hbs, HCV, HIV, ALAT.

**Przed przystąpieniem do przetoczenia krwi należy:**

- skontrolować ciepłotę ciała,
  - tętno,
  - ciśnienie tętnicze krwi,
- Wyniki pomiaru odnotować w dokumentacji.

**Przygotowanie preparatu do przetoczenia**

- w oddziale nie wolno podgrzewać KKCz, ani przechowywać,
- należy niezwłocznie podłączyć – czas przetoczenia od 30 minut do 4 godzin,
- KKP lub rozmrożone osocze należy podłączyć niezwłocznie po otrzymaniu,
- do butelek z krwią nie należy dodawać leków,
- do przetoczenia należy użyć odpowiedniego przyrządu do przetaczania krwi – jednorazowy z filtrem,
- do każdej jednostki krwi potrzebny jest oddzielny aparat,
- nie wolno przetaczać krwi z tej samej butelki kilku biorcom,
- nie wolno przetaczać krwi wcześniej rozpoczętej.

**Potrzebna jest pisemna zgoda na transfuzję krwi oraz oświadczenie lekarza, iż poinformował o możliwych powikłaniach wynikających z transfuzji.**

**Karta przebiegu transfuzji powinna zawierać:**

- Imię i nazwisko pacjenta,
- Datę urodzenia,
- Preparat i nr donacji,
- Datę i godzinę rozpoczęcia transfuzji,
- Datę i godzinę zakończenia transfuzji,
- Pomiary RR, tętna i temperatury ciała w st. C wykonane przed transfuzją, w połowie transfuzji i po zakończeniu transfuzji,
- Pieczętkę i podpis osoby dokonującej pomiarów,
- Podpis i pieczętkę pielęgniarki/ położnej upoważnionej do czynności – związanych z transfuzją,
- Podpis i pieczętkę lekarza przeprowadzającego transfuzję.

**Pielęgniarka / położna podłącza preparat krwioleczniczy i wykonuje wszystkie czynności wstępne w obecności lekarza.**

**Pacjent, któremu została przetoczona krew powinien być obserwowany w oddziale szpitalnym przez 12 godzin.**

Pojemnik z resztkami po przetoczeniu wraz z aparatem należy zabezpieczyć i opisać:

- nr historii choroby pacjenta, u którego dokonano transfuzji,
- datę i godzinę przetoczenia.

**Zestaw poprzetoczeniowy jest przechowywany w lodówce przeznaczonej do tego celu przez 72 godziny.**

Po 72 godzinach zestaw poprzetoczeniowy należy oddać do utylizacji.

W lodówce, w której jest przechowywana krew i zestaw poprzetoczeniowy należy kontrolować temperaturę co 8 godzin.

Prawidłowa temperatura – od + 2 st. C do + 6 st. C

Pielęgniarka / położna w karcie indywidualnej pielęgnacji oraz w raporcie pielęgniarstwie odnotowuje fakt przeprowadzenia transfuzji – godzinę podłączenia preparatu; czas trwania transfuzji; ilość przetoczonych jednostek; numer donacji preparatu, grupę krwi i Rh; rejestrację parametrów życiowych.

Fakt przeprowadzenia transfuzji zostaje odnotowany przez pielęgniarkę w księdze transfuzji krwi. Każdy wpis musi być sprawdzony przez lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie krwi i potwierdzony jego podpisem i pieczętką imienną.

*Artykuł napisano w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami ( Dz. U. 2013 nr 5 )*

Zespół ds. Lecznictwa Stacjonarnego





# SPRAWOZDANIA Z KONFERENCJI

## II Krajowy kurs osteoporozy dla pielęgniarek i personelu medycznego Szczyrk 11-12.04.2014

Organizatorem kursu było Niepubliczne Centrum Kształcenia Ustawicznego Polskiego Towarzystwa Osteoartrologii ul. Kopernika 32, 31-501 Kraków. W kursie uczestniczyli lekarze, pielęgniarki oraz rehabilitanci. Główne tematy kursu to:

- istota osteoporozy, patogeneza, czynniki ryzyka,
- współczesne metody diagnozowania osteoporozy,
- złamania jako następstwa kliniczne osteoporozy,
- jakość życia chorych na osteoporozę,
- system oparty na koordynatorze – FLS.

Fachowa opieka nad pacjentami z przebytymi złamaniami osteoporotycznymi wymaga systematycznej, dobrze skoordynowanej pracy multidyscyplinarnego zespołu medycznego.

Za najskuteczniejszy system opieki w tym zakresie uznano powstały kilkanaście lat temu w Szkocji System Oparty na Koordynatorze – FLS (FRACTURE LIAISON SERVICE).

Kluczową rolę w tym systemie odgrywa koordynator, którym najczęściej zostaje odpowiednio przeszkolona pielęgniarka.

To pielęgniarka jest często tą osobą, która pomaga starszym, zdezorientowanym pacjentom po przebytych złamaniami zrozumieć zawiłości nowoczesnej opieki szpitalnej, stałym punktem opieki na tle zmieniającego się personelu oraz pomaga wcześniej zidentyfikować problemy natury medycznej, ortopedycznej, psychologicznej lub społecznej.

### ISTOTA OSTEOPOROZY, PATOGENEZA, CZYNNIKI RYZYKA

Osteoporoza jest chorobą kości, w której dochodzi do ich zrzesotnienia. Kości stają się kruche i łatwo ulegają złamaniom. Nazywamy ją cichym złodziejem kości, ponieważ bardzo długo nie dają żadnych dolegliwości bólowych i często pierwszym objawem jest złamanie.

U osób po 50 r.ż. występuje ona u 30% kobiet i 8% mężczyzn. Życiowe ryzyko złamania kobiety 50 letniej wynosi aż 40%! Po pierwszym złamaniu ryzyko kolejnego wrasta 2-10-krotnie.

U kobiet w powstaniu osteoporozy zasadniczą przyczyną jest menopauza, która powoduje nagłe obniżenie poziomu estrogenu. Osteoporoza może powstać również w przebiegu innych schorzeń, takich jak: cukrzyca, nadczynność przytarczyc, tarczycy, kory nadnerczy. Osteoporoza może być skutkiem długotrwałego zażywania niektórych leków, jak: glikokortykosteroidy, leki immunosupresyjne, leki przeciwpadaczkowe, leki zmniejszające krzepliwość krwi. Na powstanie choroby wpływa: wiek, uwarunkowania genetyczne, niskie spożycie wapnia (mleko, przetwory mleczne).

Młodzi ludzie rzadko chorują na osteoporozę. Te nieliczne przypadki związane są z zaburzeniami odżywiania (anorexia, bulimia), zaburzeniami hormonalnymi, długotrwałym zażywaniem leków sterydowych.

Wszyscy widzimy ludzi, którzy wydają się kurczyć w miarę starzenia. Ich plecy są coraz bardziej przygarbione, a ich kości łatwo się łamią na skutek upadków. Nie jest to jednak wynik starzenia ale przewlekłe, choć utajone schorzenie o nazwie osteoporoza. Wiele kobiet chorujących na osteoporozę nie ma żadnych objawów tej choroby ale są jednocześnie obciążone ryzykiem złamań kości; szczególnie to dotyczy kręgosłupa, stawów biodrowych i nadgarstków.

Osteoporoza to choroba, która może prowadzić do złamań kości i występuje częściej niż choroby układu krążenia, udary i rak piersi łącznie. Jedna na trzy kobiety w wieku powyżej 50 lat doświadcza przynajmniej jednego złamania spowodowanego osteoporozą.

Kości zużywają się przez cały czas. Aby zapobiec trwałemu uszkodzeniu, organizm stale wymienia stara tkankę kostną na nową w procesie, który nazywa się „przebudową kostną”. Kości pozostają silne tak długo, jak proces niszczenia (resorpcji) kości pozostaje w równowadze z procesem jej tworzenia. W zdrowych i mocnych kościach procesy stałego zastępowania starej tkanki przez nową znajdują się w równowadze. Osteoporoza polega na tym, że kości ulegają niszczeniu szybciej, niż organizm jest zdolny je odbudować, co prowadzi do zmniejszenia masy kości (kości stają się „porowate”). Z czasem kości stają się słabsze, a przez to łatwiej się łamią.

### DEFINICJA OSTEOPOROZY

Według Światowej Organizacji Zdrowia osteoporoza to: uogólniona choroba szkieletu polegająca na zmniejszeniu się gęstości mineralnej kości i zaburzeniu ich mikroarchitektury, prowadzących do wzmożonej łamliwości szkieletu i zwieszonego ryzyka złamań.

### CZYNNIKI RYZYKA OSTEOPOROZY

- uprzednio przebyte złamanie po 50 r.ż ,
- złamanie biodra u rodziców,
- przewlekła glikokortykosteroidoterapia,
- reumatoidalne zapalenie stawów,
- aktualne palenie tytoniu,
- nadmierne spożywanie alkoholu,
- BMI niższy od 25.

## CZYNNIKI RYZYKA NAD KTÓRYMI MAMY KONTROLĘ

CZYNNIK RYZYKA	JAK MOŻESZ ZMNIJSZYĆ RYZYKO
Niewielka aktywność lub brak ruchu	Staraj się przez większość dni prowadzić jakąś aktywność fizyczną. Staraj się ćwiczyć na przykład poprzez spacerowanie, bieganie lub taniec.
Mała masa ciała	Jeśli Twoja masa ciała jest bardzo mała, porozmawiaj z lekarzem. Być może potrzebne Ci są suplementy diety, które zapewnią Ci przyjmowanie prawidłowo zbilansowanych substancji odżywczych.
Brak witaminy D	Staraj się przyjmować odpowiednią ilość witaminy D, która poprawia przyswajanie wapnia. Witamina D jest wytwarzana w skórze podczas bezpośredniego kontaktu ze światłem słonecznym.
Małe spożycie wapnia	Jedz pokarmy zawierające dużo wapnia, takie jak nabiał lub ciemnozielone warzywa.
Palenie papierosów	Jeśli jesteś palaczem, postaraj się rzucić palenie lub przynajmniej ograniczyć liczbę wypalanych papierosów.
Nadmierne spożycie alkoholu	Nie wypijaj więcej alkoholu niż zalecane normy (np. nie więcej niż 2 jednostki alkoholu dziennie).

### ROZPOZNANIE OSTEOPOROZY

Badanie gęstości mineralnej kości (BMD – ang. bone mineral density). W tym celu stosuje się specjalną technikę o nazwie DXA (absorpcjometria rentgenowska dwuenergetyczna).

DXA (DENSYTOTOMETRIA) wykonuje się zazwyczaj w stawie biodrowym i/lub kręgosłupie. Twoje pomiary zostają następnie porównane ze standardowymi wartościami BMD zdrowych, dorosłych osób i na podstawie tego porównania określa się Twój wskaźnik „T – score”

### ODCZYTYWANIE WYNIKU BMD

STATUS KOŚCI	BMD
Prawidłowy	T – score -1 lub wyższy
Ostreopenia (zmniejszona masa kostna)	T – score pomiędzy -1 a -2,5
Osteoporoza	T – score -2,5 lub niższy

Prawidłowy wynik badania densytometrycznego nie wyklucza ryzyka złamania, bowiem większość złamań występuje w grupie chorych z nierozpoznaną osteoporozą, aż 75% (podobnie jak prawidłowe EKG nie wyklucza ryzyka zawału).

Stwierdzona na podstawie badania DXA obniżona gęstość mineralna kości (BMD) wymaga diagnostyki różnicowej dla ustalenia czy jest to osteoporoza wynikająca z menopauzy, czy też jest skutkiem innych schorzeń. W tym celu wykonujemy badania krwi i moczu.

W badaniu krwi oznaczamy: OB, morfologię, poziom wapnia, fosforu, fosfatazy alkalicznej, kreatyniny, wit. D i innych w zależności od wskazań.

W moczu dobowym oznaczamy poziom wapnia, fosforu i kreatyniny, niezależnie od badania ogólnego.

### LECZENIE OSTEOPOROZY

Celem leczenia osteoporozy jest uniknięcie złamania i poprawa jakości życia. Na leczenie składa się:

1. Uzupelnienie niedoborów wapnia i witaminy D.
2. Leki aktywne w osteoporozie.
3. Zapobieganie upadkom i zdrowy tryb życia.

### 1. Uzupelnienie niedoborów wapnia i witaminy D

U mieszkańców Polski powszechne są niedobory wapnia i witaminy D.

Dzienne zapotrzebowanie na wapń wynosi 800–1200 mg. Możemy je zapewnić odpowiednią dietą pamiętając, że 1000 mg wapnia znajduje się w 1 litrze mleka lub 4 plasterkach sera żółtego.

Witamina D jest niezbędna do wchłaniania wapnia, nazywamy ją „kluczem do spiżarni z wapniem”. Potrzebna dawka Wit. D 800–2000 j.m (jednostek międzynarodowych). Jest produkowana w skórze pod wpływem promieni słonecznych.

### 2. Aktywne leki w osteoporozie

Współcześnie dysponujemy wieloma lekami o wysokiej skuteczności przeciwzłamaniowej. Leki te dostępne są wyłącznie na receptę. Obecnie w leczeniu stosujemy:

Bisfosfoniany, Denosumab, Stront, PTH, SERM.

Bisfosfoniany są obecnie najczęściej stosowane w leczeniu osteoporozy. Zmniejszają ryzyko złamania kręgosłupa o ok. 60%, a szyjki kości udowej o ok. 40% (*alendronian, risedronian*). Obecnie dostępne są w aptekach leki do stosowania raz w tygodniu, raz w miesiącu oraz dożylny lek raz na 3 miesiące (*ibandronian*), oraz raz w roku (*zolendronian*). Ponieważ doustne bisfosfoniany należą do substancji trudno wchłanianych, należy bezwzględnie przyjmować je na czczo, popijając szklanką wody (najlepiej przegotowanej). Po zażyciu nie należy spożywać pokarmów i kłaść się przez co najmniej 30 minut (możliwość podrażnienia przełyku).

Denosumab jest ludzkim przeciwciałem, które blokuje działalność komórek niszczących kość. Podawany jest podskórnie raz na pół roku. Denosumab zmniejsza ryzyko złamań: kręgosłupa o 68%, szyjki kości udowej o 40%. Nie stwarza ryzyka ubocznego działania na przewód pokarmowy, co ma szczególne znaczenie u osób starszych zażywających wiele innych leków. Może być podawany również u chorych z niewydolnością nerek.

Ranelinian Strontu ma nie tylko działanie antyresorpcyjne, ale też kościotwórcze. Badania kliniczne wykazały zmniejszenie ryzyka złamań kręgosłupa oraz złamań ob-



wodowych. Lek produkowany jest w formie saszetek do codziennego zażywania.

Parathormon (1–34 teryparatyd) pozostaje najskuteczniejszym lekiem w terapii zaawansowanej osteoporozy. Podawany podskórnie, nie dłużej niż 24 miesiące powoduje redukcję złamań osteoporotycznych o 65%, również w zakresie szyjki kości udowej.

Raloksyfen jest przedstawicielem grupy SERM (wybiórcze modulatory receptorów estrogenowych). Lek „zastępuje” działanie estrogenów na kości u kobiet pomenopauzalnych. SERM-y zmniejszają ryzyko złamań, mają korzystny wpływ na

układ sercowo-naczyniowy i zmniejszają ryzyko nowotworów piersi. Nie wpływa na złamania szyjki kości udowej.

Kalcytonina obecnie nie jest stosowana w leczeniu osteoporozy, ponieważ nie wpływa na ryzyko złamania szyjki kości udowej.

Hormonalna terapia zastępcza nie jest obecnie lekiem stosowanym w zapobieganiu złamaniom, jakkolwiek ma takie działanie. Stosuje się ją w leczeniu powikłań okresu menopauzy np. uderzeń gorąca. Terapia ta ma wiele działań korzystnych, ale może mieć działania uboczne. Leczenie wymaga dokładnego monitorowania przez ginekologa.

Jakość życia pacjenta z osteoporozą. Opracowane są specyficzne kwestionariusze do badania jakości życia u pacjentów z osteoporozą, które badają stopień bólu odczuwany przez pacjenta, funkcjonowanie fizyczne (czynności codzienne, prace domowe), społeczne (uprawianie sportu, hobby, kontakty z przyjaciółmi) i psychiczne (zmęczenie, depresja, poczucie osamotnienia, strach, nadzieja.)

Komunikacja i opieka nad pacjentem w przypadku osób starszych, jak i młodych, chorujących na osteoporozę – wskazana cierpliwość, życzliwe zainteresowanie, motywowanie do aktywności fizycznej, dostarczanie wskazówek na temat właściwego odżywiania, zachęcanie do spotkań z przyjaciółmi i rodziną, uprawianie hobby, niwelowanie nasilonej lęklności.

### 3. Zapobieganie upadkom

Zagrożenie upadkami

Upadek jest przyczyną życia upada raz w roku ok. 40% zdrowych osób, a 90–100% złamań kości promieniowej i szyjki kości udowej. Każdemu grożą upadki, a z wiekiem stają się one coraz

*Kości zużywają się przez cały czas. Aby zapobiec trwałemu uszkodzeniu, organizm stale wymienia stara tkankę kostną na nową w procesie, który nazywa się „przebudową kostną”. Kości pozostają silne tak długo, jak proces niszczenia (resorpcji) kości pozostaje w równowadze z procesem jej tworzenia. W zdrowych i mocnych kościach procesy stałego zastępowania starej tkanki przez nową znajdują się w równowadze. Osteoporoza polega na tym, że kości ulegają niszczeniu szybciej, niż organizm jest zdolny je odbudować.*

częstsze i coraz bardziej niebezpieczne. Po 60. roku po 80. Roku życia 50%. Co 20. upadek kończy się złamaniem. Upadki są jedną z głównych przyczyn inwalidztwa i piątą co do częstości przyczyną zgonów u osób powyżej 75 r.ż.

Unikanie upadków

Upadki wynikają z przyczyn zdrowotnych i środowiskowych. Sprawdź czy nie grozi Ci upadek w domu; najczęstszą przyczyną są: słabe oświetlenie, przeszkody na podłodze, śliskie podłogi, brak dywanika, brak uchwytu w łazience. Uważaj poza domem na: śliskie powierzchnie, nierówne chodniki, śnieg i lód. Przyczyny zdrowotne upadku: wada wzroku, osłabienie mięśni, zawroty głowy, zaburzenia chodu, zmiany zwyrodnieniowe stawów, zażywanie wielu leków, w tym: uspokajających, nasennych, przeciwdepresyjnych.

Praktyczne rady

Dla zachowania sprawności fizycznej potrzebujesz minimum 30 minut spaceru dziennie ,najlepiej Nordic Walking, podczas którego zaangażowanych jest 80% mięśni. Miej zawsze wolne ręce, by w razie upadku „międko” wylądować. Na zakupy weź torbę na ramię lub plecak. Ubierz odpowiednie obuwie, zwłaszcza zimą. Jeśli czujesz się „niepewnie” weź laskę.

#### NORDIC WALKING DLA WSZYSTKICH

NORDIC WALKING to forma marszu, dodatkowo wspomagana specjalnymi kijami.

NORDIC WALKING można uprawiać zarówno nad morzem, w lesie, w parku czy w górach – przez cały rok. Potrzebne są tylko kije i chęci.

W porównaniu do tradycyjnego marszu, NORDIC WALKING w większym zakresie, choć mniej intensywnie, angażuje mięśnie całego ciała. Prowadzi to do większego ich wzmocnienia niż przy zwyczajnym chodzeniu czy joggingu.

NORDIC WALKING może uprawiać każdy, bez względu na wiek, kondycję czy wagę ciała, ponieważ:

- Rozwija siłę i wytrzymałość ramion,
- Ułatwia wchodzenie na wzgórze,
- Powoduje większe spalanie kalorii niż przy normalnym chodzeniu,
- Poprawia stabilność i równowagę podczas chodzenia z kijkami,
- Zmniejsza nacisk na kolana, biodra i plecy,
- Zmniejsza się ryzyko upadków, a tym samym złamań.

mgr Bożena Bartosińska

Renata Cieślak

SP ZOZ Świdnica

Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej





**OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
w Wałbrzychu**

**ETYKA  
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ**

**SPRAWIEDLIWOŚĆ  
BEZINTERESOWNOŚĆ  
RÓWNOŚĆ**  
profesjonalizm

**GODNOŚĆ  
ODPOWIEDZIALNOŚĆ  
KOMPETENCJA**  
doradzaj  
informuj  
edukuj  
podnoś kwalifikacje

**CIERPLIWOŚĆ  
ŻYCZLIWOŚĆ  
SZACUNEK**  
uśmiechnij się

**PRAWDA  
ODWAGA**  
nade wszystko

**ZAUFANIE**  
zrób coś dobrego,  
nie krzywdź

# KODEKS ETYKI ZAWODOWEJ PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ RZECZPOSPOLITEJ POLSKIEJ

## PRZYRZECZENIE

„Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki/położnej i uroczyste przyrzekam:

1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem zdrowiem ludzkim.
2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.
3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.
4. Okazywać pacjentom należyne szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.
5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.
6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.
7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie.

## CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Zasady etyki zawodowej wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarki i położne do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu.
2. Działalność zawodowa pielęgniarki i położnej to świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej.
3. Pielęgniarka/położna swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną powinna dbać o prestiż zawodu i podnosić jego znaczenie w społeczeństwie.

4. Czynności zawodowe pielęgniarki/położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego.

5. Pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienia zawodowe ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.

6. Pielęgniarka/położna działa zawsze w interesie swych pacjentów szczególnie tam, gdzie ich życie i zdrowie mogą być zagrożone.

7. Wszelkie szczegółowe ustalenia dotyczące uzupełniającej działalności zawodowej pielęgniarki/położnej w zakresie działalności naukowo-badawczej, edukacyjnej i administracyjno-organizacyjnej powinny uwzględniać powyższe zasady ogólne.

## CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

### I. Pielęgniarka/położna a pacjent

1. Pielęgniarka / położna pełniąc rolę zawodową zobowiązana jest do:
  - a. udzielania wszystkim pacjentom troskliwej opieki zgodnej z obowiązującymi standardami,
  - b. udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w sytuacji zagrożenia życia,
  - c. udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.
2. We współpracy z pacjentem pielęgniarka / położna powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia.
3. Pielęgniarka / położna obowiązana jest przestrzegać następujących zasad wynikających z praw pacjenta:
  - a. respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych,
  - b. realizować świadczenia pielęgniarstwa za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny ją sformułować
  - c. poinformować pacjenta, w przypadkach odmowy wyrażenia przez niego zgody, o możliwych skutkach jego decyzji oraz podjąć próbę przekonania pacjenta, aby zmienił swoje zdanie.
4. Pielęgniarkę/położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym) uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej.
5. Pielęgniarka/położna umożliwi pacjentowi kontakt z rodziną, w miarę potrzeby pomaga rodzinie w sprawowaniu nad nim opieki oraz edukuje członków rodziny w zakresie dalszego postępowania pielęgnacyjnego.
6. Na prośbę pacjenta lub jego rodziny pielęgniarka/położna umożliwi kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie ku temu warunki.
7. Pielęgniarka/położna powinna dążyć do wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną, god-



ne warunki umierania wraz z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości.

8. Położna powinna przyczynić się do stworzenia godnych warunków i rodzinnej atmosfery w czasie porodu.

9. Pielęgniarka/położna, nie może żądać od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia ani też uzależniać swych usług od uzyskania korzyści materialnych.

## **II. Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka**

1. Obowiązkiem pielęgniarki/położnej jest ciągłe podnoszenie kwalifikacji zawodowych.

2. Pielęgniarka/położnej nie wolno wykonywać zleceń lekarskich bez wyraźnego polecenia na piśmie umożliwiającego identyfikację lekarza i pacjenta z wyjątkiem sytuacji nagłych, stanowiących zagrożenie życia pacjenta.

3. Pielęgniarka/położna ma prawo dostępu do informacji istotnych dla realizacji czynności zawodowych oraz związanych zarówno z bezpieczeństwem osobistym pielęgniarki, jak i bezpieczeństwem pacjenta.

4. Pielęgniarka/położna ma obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej i zabezpieczenia dokumentów.

5. Przekazywanie przez pielęgniarkę/położną informacji o stanie zdrowia pacjenta innym członkom zespołu terapeutycznego nie jest naruszeniem tajemnicy zawodowej.

6. Pielęgniarka/położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi.

7. Pielęgniarka/położna zobowiązana jest do działalności na rzecz promocji zdrowia.

8. Pielęgniarka/położna zorientowawszy się, że w postępowaniu medycznym został popełniony błąd (zwłaszcza w przypadku błędu zagrażającego życiu lub zdrowiu pacjenta), niezwłocznie powinna powiadomić o tym odpowiednie osoby z zespołu terapeutycznego.

9. Pielęgniarka/położna powinna uczestniczyć w działalności krajowych i międzynarodowych organizacji pielęgniarskich/położniczych na rzecz ochrony zdrowia społeczeństwa, przysparzając tym samym prestiżu zawodowi.

10. Pielęgniarka/położna współuczestniczy w miarę swoich możliwości w rozwoju badań naukowych z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa oraz edukacji swojej grupy zawodowej.

11. Pielęgniarka/położna powinna cenić i szanować swój zawód, chronić jego godność, a w pracy zawodowej powinna postępować tak, aby budzić szacunek i zaufanie.

12. Pielęgniarka/położna powinna powstrzymać się od jakiegokolwiek działania, które mogłoby spowodować złą opinię o zawodzie.

13. Pielęgniarka/położna powinna otaczać szacunkiem historię i tradycję zawodu, dbać o pozytywny wizerunek zawodu.

14. Pielęgniarka/położna chroniąc interesy zawodowe nie powinna współpracować z organizacjami mającymi cele sprzeczne z racjami zawodowymi i moralnymi.

15. Pielęgniarka/położna powinna upowszechniać osiągnięcia naukowo – badawcze związane z wykonywaniem zawodu poprzez wystąpienia i publikacje. Publikacje te powinny być rzetelne i pozbawione znamion sensacji.

## **III. Pielęgniarka/położna a samorząd pielęgniarek i położnych**

1. Pielęgniarki/położne powinny solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie im należytej pozycji w społeczeństwie.

2. Pielęgniarka/położna jest obowiązana do przestrzegania uchwał podjętych przez uprawnione organy samorządu zawodowego.

3. Stosunki między członkami samorządu powinny opierać się na wzajemnym szacunku, lojalności, koleżeństwie i solidarności zawodowej. Powinni oni dzielić się swoimi doświadczeniami i służyć sobie pomocą. Wzajemna ocena winna być sprawiedliwa, a krytykę należy formułować w sposób bezstronny, przekazując ją w pierwszej kolejności osobie zainteresowanej. W przypadku braku reakcji i powtarzających się błędów pielęgniarka/położna powinna poinformować właściwą Okręgową Radę za pośrednictwem właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

## **IV. Pielęgniarka/położna a współpracownicy**

1. Pielęgniarka/położna mająca większe doświadczenie zawodowe powinna przekazywać młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności zawodowe oraz wzorce kultury i poszanowania człowieka. Moralnym obowiązkiem jest kształtowanie poczucia odpowiedzialności za wykonywaną pracę, nawyku uczciwości, rzetelności, pracowitości i dokładności.

2. Pielęgniarka/położna nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich.

3. Pielęgniarka/położna nauczająca zawodu powinna przekazywać słuchaczom także zasady etyki zawodowej, czuwając nad ich adaptacją zawodową.

4. Nieuczciwa konkurencja pomiędzy członkami samorządu jest szczególnie naganna.

5. Pełnieniu obowiązków kierowniczych przez pielęgniarki/położne powinno towarzyszyć poczucie odpowiedzialności za rozwój zawodowy i naukowy podwładnych.

6. Pielęgniarka/położna jest współodpowiedzialna za efekty procesu terapeutycznego oraz za podjęte przez siebie działania wynikające z procesu pielęgnowania.

## **V. Pielęgniarka/położna a zasady postępowania wobec społeczeństwa**

1. Pielęgniarka/położna zgodnie ze swą wiedzą i kompetencjami powinna czynnie uczestniczyć w zwalczaniu przejawów patologii społecznej.

2. Pielęgniarka/położna powinna brać czynny udział w życiu społecznym i w działaniach na rzecz ochrony środowiska naturalnego, a także przeciwdziałać praktykom uznanym przez naukę za bezwartościowe i szkodliwe dla zdrowia.

## **VI. Przepisy końcowe**

1. W przypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka/położna powinna postępować zgodnie z zasadami sformułowanymi w:

- a. ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej,
- b. orzecznictwie Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych,
- c. uchwałach organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz zgodnie z zasadami dobrej praktyki i dobrym obyczajem.

2. Wszelkie zmiany w Kodeksie mogą być dokonane jedynie przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

3. Kodeks wchodzi w życie po uchwaleniu przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.



Czasami można wyleczyć.  
Często złagodzić dolegliwości,  
pielęgnować trzeba zawsze.

Edward L. Trudeau

