

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

2021

Listopad | Grudzień

Dwumiesięcznik, wydawany  
przez OIPIP w Częstochowie.  
ISSN 2451-4489 | 500 egz.

# BIULETYN INFORMACYJNY



*Wesołych Świąt*

*O czym myśleć,  
Czekając na pierwszą gwiazdkę z nieba?  
Co dać,  
żeby dać naprawdę?*

*Czym zostawić stół,  
żeby nie przykryła go pycha?*

*Gdzie ustroić choinkę,  
żeby być u siebie?*

*Na kogo czekać,  
zostawiając wolne nakrycie?*

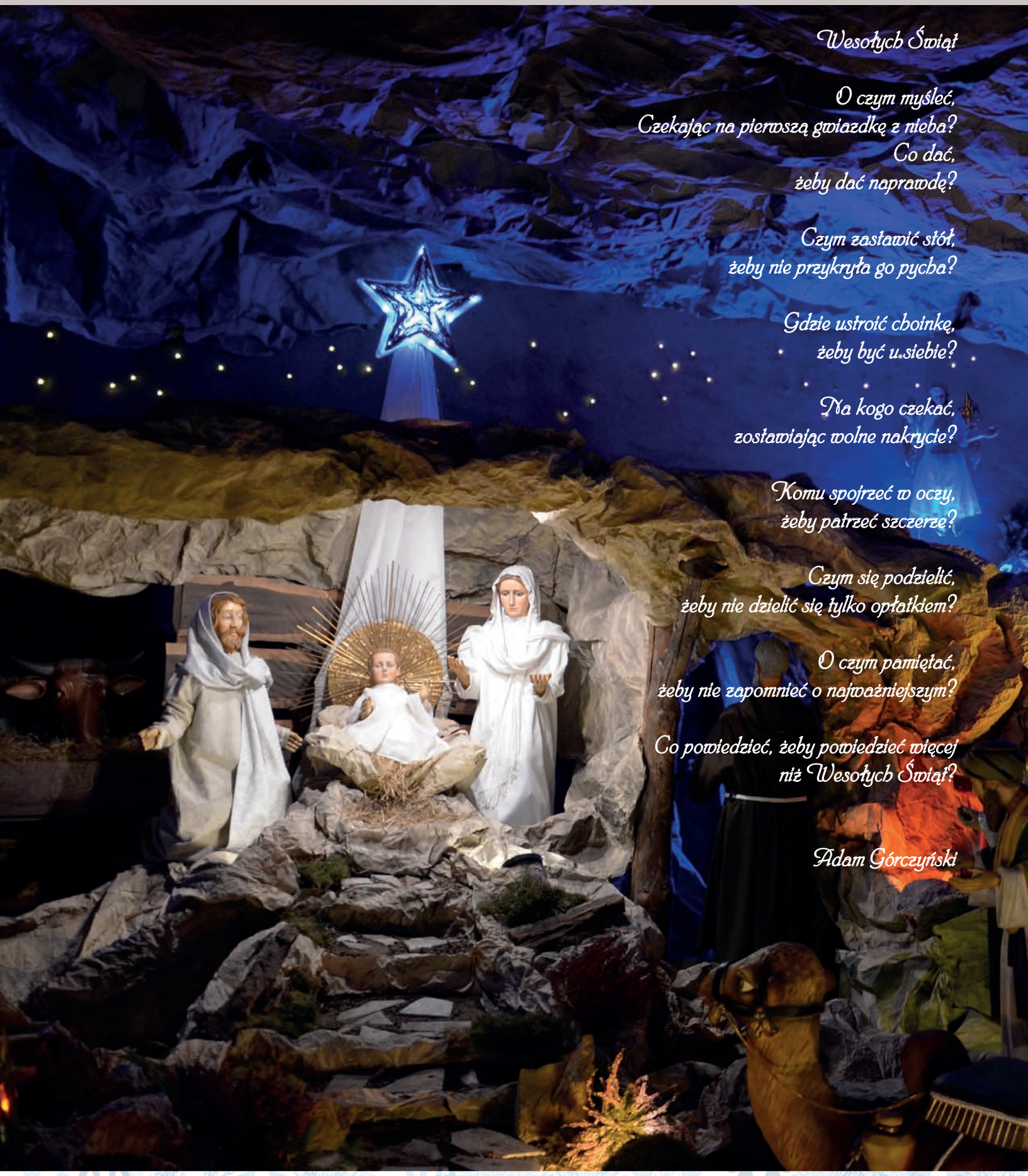
*Komu spojrzeć w oczy,  
żeby patrzeć szczerze?*

*Czym się podzielić,  
żeby nie dzielić się tylko opłatkiem?*

*O czym pamiętać,  
żeby nie zapomnieć o najważniejszym?*

*Co powiedzieć, żeby powiedzieć więcej  
niż Wesołych Świąt?*

*Adam Górczyński*







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

42-200 Częstochowa, ul. Pułaskiego 25  
IV piętro w budynku „Przemysłówka” S.A.  
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego)  
Tel./fax: 34 324 51 12, 34 361 30 18,  
503 008 946, 510 893 392  
e-mail: sekretariat@oipip.czest.pl,

www.oipip.czest.pl

**Godziny pracy biura:**

Pn-wt-pt 7.00-15.30, Śr-czw 7.00-17.00

**Nr konta bankowego:**

Millenium Bank

82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Kasa biura czynna: Pn-pt 8.00-14.00

**Ośrodek szkoleniowy:**

Pn, pt 7.00-15.00,

Wt, czw 7.00-14.00

Śr 7.00-17.00

Tel./fax: 34 324 51 12, 34 361 30 18,

519 862 186

e-mail: szkolenia@oipip.czest.pl

**Księgowość:** Pn-wt-czw-pt

Tel.: 510 893 392

**Biblioteka czynna:**

Pn-wt-pt 7.00-15.30

Śr-czw 7.00-17.00

**Okręgowy Rzecznik**

**Odpowiedzialności Zawodowej:**

I i III środa miesiąca: 15.00-17.00

**Radca Prawny:**

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

**Wydawca:**

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie

**Redaktor naczelny:**

Marzena Maniszewska

Tel.: 503-008-946

e-mail: sekretarz@czest.oipip.pl

**Opracowanie graficzne i skład:**

Colioro Karolina Bednarczyk

Tel.: 721-717-714

**Druk:**

Viperprint Sp. z o.o.

Tel.: 34 344 44 44

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

# KALENDARIUM

## Listopad - Grudzień 2021 rok

**10.11.2021r.** - Egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” organizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,

**16.10.2021r.** - Egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych” organizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,

**23.11.2021r.** - Posiedzenie Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego i Komisji Prawa i Legislacji – NIPiP - online,

**24.11.2021r.** - Posiedzenie Komisji ds. kształcenia i doskonalenia zawodowego oraz dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego Pielęgniarek i Położnych - OIPiP w Częstochowie,

**24.11.2021r.** - Posiedzenie Komisji ds. dofinansowania leczenia uzdrowiskowego i turnusu rehabilitacyjnego - OIPiP w Częstochowie,

**24.11.2021r.** - Posiedzenie komisji konkursowej na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych w Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich – filia Kochcice,

**24.11.2021r.** Egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Wywiad i badanie fizykalne” organizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,

**26.11.2021r.** - Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,

**26.11.2021r.** - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,

**26.11.2021r.** - 30 – lecie powstania samorządu aptekarskiego w Częstochowie – Okręgowa Izba Aptekarska w Częstochowie,

**02.12.2021r.** - XIX Ogólnopolska Konferencja Podatkowa – Śląski Oddział Krajowej Izby Doradców Podatkowych – Siemianowice Śląskie,

**03.12.2021r.** - Jubileusz z okazji 30 – lecia Regionalnej Organizacji Pracodawców w Częstochowie,

**08.12.2021r.** - Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - online,

**08.12.2021r.** - Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania” dla pielęgniarek organizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,

**10.12.2021r.** - Posiedzenie Komisji Bezpieczeństwa i Porządku – Starostwo Powiatowe w Częstochowie,

**15.12.2021r.** - Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych - online,

**20.12.2021r.** - Posiedzenie Komisji ds. pomocy w trudnych sytuacjach losowych - OIPiP w Częstochowie,

**22.12.2021r.** - Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.



**BiRaKo**  
Producent Druków Medycznych

**PROFESJONALNE NISZCZENIE DOKUMENTÓW**

✓ medycznych ✓ handlowych ✓ księgowych itp.

[www.niszczdok.pl](http://www.niszczdok.pl)

Zapraszamy do kontaktu: **725 272 209**

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



*„ Za oknem ciemno,  
cichutko puszyste ścielą się płatki.  
Niech serca się z sercem podziela  
jak wigilijnym opłatkami”.*

*Szanowni Państwo  
Drogie Koleżanki i Koledzy Pielęgniarki,  
Położne i Pielęgniarze*

*Po miesiącach oczekiwania nadszedł najbardziej magiczny czas w roku!  
Pozwólmy by Boże Narodzenie zawitało do naszych domów.  
Święta to piękny czas chociaż za oknami zima, najchłodniejsza pora roku,  
a jest to też czas kojarzący się z ciepłem rodzinnym  
wypełniającym nasze domy w okresie Bożego Narodzenia.*

*Wciąż przyzwyczajamy się do otaczającej nas nowej rzeczywistości.  
Świąteczne spotkania niosą jednak nadzieję na powrót do normalności, dlatego  
szczególnie doceniamy wspólne świętowanie przy wigilijnym stole.*

*Cieszymy się tradycją i odkrywamy jej nową stronę.  
Zachęćmy naszych najmiłodszych do wspólnego spędzania czasu  
w przygotowywaniu świątecznych potraw czy strojeniu choinki.  
Mamy nadzieję, że zima będzie kojarzyć się zapachem korzennych przypraw,  
smakiem świątecznych łakoci, rozgrzewającymi napojami  
oraz czasem spędzonym w gronie najbliższych.*

*Drogie Koleżanki i Koledzy,  
życzymy Wam niezapomnianych Świąt Bożego Narodzenia,  
aby te święta były spokojne i radosne niech wypełnia je ciepło,  
życzliwość i obecność bliskich, a Nowy Rok okazał się lepszy od ubiegłego.*

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





## Tradycje świąt Bożego Narodzenia - najważniejsze polskie zwyczaje

Tradycje świąt Bożego Narodzenia w Polsce kultywuje się od wielu lat. Ubieranie choinki, dawanie prezentów, 12 wigilijnych potraw, łamanie się opłatkiem, śpiewanie kolęd – to najbardziej znane zwyczaje świąteczne w naszym kraju.

Tradycje i zwyczaje bożonarodzeniowe w Polsce są podobne w większości regionów naszego państwa. Chyba nikt nie wyobraża sobie świąt bez pięknie przystrojonej choinki z mnóstwem światełek, śpiewania kolęd, dzielenia się opłatkiem. Wyjątkowo atrakcyjne tradycje świąteczne dla dzieci to oczekiwanie, aż na niebie pojawi się pierwsza gwiazdka i otrzymywanie prezentów w wigilijny wieczór. Wielu Polaków nie wyobraża sobie też świąt bez Pasterki o północy. Zwyczaje bożonarodzeniowe na świecie często różnią się jednak od tych w naszym kraju.

### **Tradycje Bożego Narodzenia w Polsce: ubieranie choinki**

W Europie zwyczaj ubierania choinki zapoczątkowali Niemcy. Przystrojanie drzewka jest symbolem świąt Bożego Narodzenia. W niektórych domach robi się to dopiero w Wigilię, w innych – już kilka tygodni wcześniej. Bożonarodzeniowe drzewko ubiera się w zależności od preferencji domowników – niekiedy jest ono kolorowe, z mnóstwem ozdób, a czasem przystrojone

minimalistycznie w jednym kolorze. Można również wykonać własnoręcznie ozdoby świąteczne, np. łańcuchy, aniołki z papieru – to też jest swoistą tradycją świąteczną!

### **Zwyczaje świąteczne: łamanie się opłatkiem**

Dzielenie się opłatkiem to przede wszystkim symbol pojednania i przebaczenia. Historia tej tradycji wywodzi się już od pierwszych Chrześcijan, którzy dzielili się chlebem. Podczas łamania się opłatkiem, bliscy składają sobie także życzenia bożonarodzeniowe. Następnie zasiadają do kolacji wigilijnej.

### **Sianko pod obrusem - zwyczaje bożonarodzeniowe w Polsce**

Wigilijny stół – przykrywamy go białym obrusem, pod który wkładamy sianko – symbol ubóstwa, w jakim na świat przyszedł Jezus. Według wierzeń, tym samym siankiem gospodarze zapewniają sobie dostatek i powodzenie na kolejny rok.

### **Tradycje świąteczne dla dzieci: dawanie prezentów**

Nieodłącznym elementem jest także obdarowywanie się prezentami. Na tę część wieczoru szczególnie czekają dzieci. Prezenty kładzie się pod choinką, a otworzyć można je dopiero po wieczerzy wigilijnej. Zależnie od zwyczajów panujących w domu i regionu zamieszka-



nia, dzieciom mówi się, że prezenty przyniósł Mikołaj, Śnieżynka, Aniołek, Dzieciątko, Gwiazdka.

### **Tradycje świąt Bożego Narodzenia: 12 potraw**

Polacy tradycyjnie serwują na świątecznym stole 12 potraw. Zwyczaj ten odnosi się do 12 apostołów, którzy spożywali z Jezusem ostatnią wieczerzę. Żeby w nadchodzącym roku mieć szczęście – należy spróbować wszystkich dań.

Na świątecznym stole często pojawia się także sałatka jarzynowa, karp w galarecie i inne potrawy, w zależności od rodzinnej i regionalnej tradycji.

### **Śpiewanie kolęd - świąteczny zwyczaj**

Jedną z polskich tradycji jest także śpiewanie kolęd. Najsłynniejsze z nich to między innymi „Przybieżeli do Betlejem pasterze”, „Cicha noc”, „Gdy śliczna Panna”. Są to pieśni, które opisują narodzenie Jezusa. Wspólne kolędowanie z rodziną podczas świąt stwa-

źródło: <https://mamotoja.pl/tradycje-swiat-bozego-narodzenia-najwazniejsze-zwyczajowe-boze-narodzenie-artykul,30547,r1p1.html>

rza magiczną atmosferę, uwielbiają je także dzieci.

### **Dodatkowe nakrycie przy wigilijnym stole**

Na stole ustawia się dodatkowe nakrycie – o jeden talerz więcej, niż jest wszystkich uczestników kolacji. Obecnie ma to symbolizować otwartość na zbłąkanego wędrowca, którego w ten sposób zaprasza się do stołu i wspólnego świętowania. Kiedyś dodatkowe nakrycie przy stole zostawiało się dla zmarłych.

### **Pierwsza gwiazdka na niebie**

Wyjątkowym momentem Wigilii jest oczekiwanie przez dzieci na pierwszą gwiazdkę. Gdy pojawi się na niebie – można wtedy zasiąść do wigilijnej kolacji (a po niej rozpakować prezenty!). Wypatrywanie na niebie pierwszej gwiazdki jest symbolicznym nawiązaniem do Gwiazdy betlejemskiej, która zwiastowała narodziny Jezusa.

## **Najciekawsze tradycje bożonarodzeniowe na świecie**

**Tradycje bożonarodzeniowe na świecie mogą znacząco różnić się od tych, jakie są nam bliskie i znane. Świąta Bożego Narodzenia w różnych krajach wyglądają nieco inaczej. W niektórych państwach nie ma np. zwyczaju łamania się opłatkiem, jest za to pocałunek pod jemiolą, dzielenie się chlebem i świnka z marcepanu.**

Jak wyglądają święta w innych krajach? Czasami są podobne do naszych „polskich świąt”, jednak niekiedy zupełnie odmienne. Świąta Bożego Narodzenia bez opłatka na stole? To możliwe! Nie wszędzie na świecie Boże Narodzenie obchodzone jest w taki sam sposób, a niektóre tradycje bożonarodzeniowe na świecie mogłyby nas zadziwić. Jakie zwyczaje bożonarodzeniowe są kultywowane w różnych częściach globu? Oto ciekawostki o zagranicznych świątach i nietypowych tradycjach.

### **Boże Narodzenie w Hiszpanii** – tanecznie i wesoło

Jedną z tradycji w Hiszpanii jest ceremonia tańca „Baile de los Seises”, która odbywa się zawsze 8 grudnia. Ludzie tańczą na ulicach w rytm tamburynów, grzechotek i kastanietów. Przyozdabiają też domy i ulice kolorowymi światełkami oraz budują szopki bożonarodzeniowe. Na hiszpańskim wigilijnym stole nie znajdziecie opłatka, zamiast niego przygotowują na jest chałwa.



### **Świąta Bożego Narodzenia w Niemczech**

To właśnie w Niemczech została zapoczątkowana tradycja ozdabiania choinki na święta Bożego Narodzenia. Zwyczaje bożonarodzeniowe w Niemczech nieco różnią się od tych polskich – na wigilijnym stole potrawy są raczej skromne, bardziej uroczyste traktuje się bożonarodzeniowy obiad.

Niemcy składają sobie życzenia, jednak nie dzielą się opłatkiem. 25 grudnia na stole króluje między innymi:



gęś z ziemniakami lub knedlami, pieczona kielbasa, potrawy z kiszonej kapusty. Prezenty nie są chowane pod choinką, lecz stawiane na stole. Tradycją bożonarodzeniową w Niemczech jest również przygotowywanie na czas świąt Weihnachtsstollen, czyli strucli nadziewanej bakaliami.

### **Boże Narodzenie w Anglii**

Tradycja bożonarodzeniowa w Anglii to przede wszystkim indyk, pudding i skarpety na prezenty. Tak w skrócie można opisać święta w Wielkiej Brytanii. Pieczony indyk i płonący pudding to tradycyjne potrawy, bez których angielska Wigilia nie mogłaby się odbyć. I jeszcze bez pozawieszanych na drzwiach dziecięcych skarpet świątecznych w nadziei na to, że następnego dnia wypełnią się prezentami.

Wiecie, że tradycja pocałunku pod jemiolą, który ma przynieść szczęście, wywodzi się właśnie z Wielkiej Brytanii? To również tutaj zapoczątkowano zwyczaj wysyłania kartek świątecznych.

### **Boże Narodzenie w Rosji**

Rosjanie obchodzą Boże Narodzenie 7 stycznia (według kalendarza juliańskiego). Udają się wtedy do cerkwi, odbywa się tam Liturgia Narodzenia Pańskiego, która zaczyna się zwykle po północy. W prawosławnej tradycji Boże Narodzenie nie odgrywa aż tak dużej roli, jak w kościele katolickim. Bardziej uroczyste obchodzi się Nowy Rok.

Tradycje świąteczne w Rosji są bardzo podobne do naszych zwyczajów bożonarodzeniowych. W Wigilię Bożego Narodzenia, czyli Soczelnik, Rosjanie zasiadają do stołu, na którym podobnie jak u nas, jest 12 potraw. Jest także pięknie przystrojona choinka. Zamiast opłatkiem prawosławni Rosjanie dzielą się z rodziną prosforą, czyli święconym chlebem. Prezenty dzieciom przynosi Dziadek Mróz.

### **Boże Narodzenie we Włoszech**

Włosi 24 grudnia wraz z bliskimi zasiadają do wigilijnej kolacji. Na świątecznym stole znajduje się 13 dań. Je się wtedy potrawy postne, ryby i warzywa. Na drugi dzień jest uroczysty obiad, również w gronie rodzinnym, jednak nie jest on już postny. Włosi nie łamią się z najbliższymi opłatkiem i nie składają sobie świątecznych życzeń. Pierwszego dnia świąt rano Babbo Natale przynosi prezenty. Najważniejszym symbolem świąt Bożego Narodzenia we Włoszech są świąteczne szopki, czyli włoskie presepe.

### **Święta Bożego Narodzenia w Szwecji**

Przygotowania do świąt rozpoczynają się już na początku grudnia, Szwedzi zaczynają wtedy przystrajać swoje domy. W Szwecji Wigilia nie jest postna, podaje się mięso, a także ryby. Podobnie jak u nas, Szwedzi

przystrajają choinkę. Prezenty natomiast rozdaje Jul Tomte, przyjazny krasnal z brodą. Szwedzi nie mają zwyczaju chodzenia na pasterkę.

### **Zwyczaje bożonarodzeniowe w Austrii**

Tradycją świąteczną w Austrii są jarmarki bożonarodzeniowe – te najsłynniejsze organizuje się w Wiedniu. Podobnie jak u nas, w Austrii kołęduje się podczas świąt, „Cicha Noc, święta noc” pochodzi właśnie z tego państwa. Zgodnie z wigilijną tradycją czyta się również fragmenty Biblii. Prezenty austriackim dzieciom przynosi Kristkindl, który symbolizuje Dzieciątko Jezus. Najpopularniejszym świątecznym wypiekem jest ciasto z mleka, mąki, soli, masła i miodu z dodatkiem bakalii – tiroler zelten. Na świątecznym stole w Austrii znajdują się także pieczone migdały i kasztany oraz karp lub pieczona kaczka.

### **Tradycje świąteczne w Czechach**

W Czechach w związku ze świętami Bożego Narodzenia piecze się tradycyjne ciasteczka tzw. cukroví. Wigilia jest najważniejszym świątecznym momentem okresu bożonarodzeniowego. Tego dnia należy cały dzień pościć, nagrodą za to ma być zobaczenie „złotej świnki”. Wieczera składa się między innymi z zupy rybnej, smażonego karpia. Nie ma jednak zwyczaju dzielenia się opłatkiem, choć Czesi składają sobie życzenia. Tak jak w innych państwach, w Czechach także jest zwyczaj przystrajania choinki.

### **Australia: tradycja kołędowania i... surfowania**

W Polsce gdy tylko przychodzi grudzień, wypatrujemy śniegu w nadziei na „białe święta”. W Australii wypadają one w środku letnich wakacji, więc z klimatu naszych wymarzonych świąt nic tam nie pozostaje. Australijczycy uwielbiają jednak spotykać się na wspólnym kołędowaniu na świeżym powietrzu przy świecach. Nazywają to „Carols by Candlelight”. Bożonarodzeniowa przerwa świąteczna to również dla nich doskonały czas na relaks, np. na desce surfingowej.

### **Wytwornie, czyli francuskie tradycje świąteczne**

Tak jak u nas święta nie mogą odbyć się bez karpia, tak we Francji głównym bożonarodzeniowym daniem jest indyk nadziewany kasztanami. Do popicia zamiast kompotu z suszu, serwowany jest... szampan. Na deser podawana jest rolada w kształcie pnia drzewa, czyli „Buche de Noel”.

### **A gdzie choinka? Świąteczne zwyczaje w Grecji**

Jeśli nie wyobrażasz sobie Bożego Narodzenia bez pachnącej, przystrojonej choinki, raczej nie wybieraj się w tym czasie do Grecji. W tym kraju tradycja choinek nie jest zbyt popularna. Za to coraz więcej miast przystraja się na święta w dekoracje i światelka. Na greckim wigilijnym stole można znaleźć Christopso-



mo (Chleb Chrystusa), czyli okrągły bochenek z krzyżem, wokół którego układa się z ciasta symbole obrazujące wszystko, co oznacza długotrwałość. Możecie się zdziwić, ale ryby po grecku w Grecji nie skosztujecie, nie tylko w święta.

#### **Dania: Boże Narodzenie zupełnie na słodko**

Ciekawie prezentuje się wigilijne menu w Danii. Podawane są tu: pieczona gęś z jabłkami, słodki ryż z cynamonem i budyń z ryżem. Z tym ostatnim daniem związana jest dodatkowa tradycja. Zawsze do jednej porcji gospodyni wkłada migdał. Kto go znajdzie, dostaje... świnkę z marcepanu (żeby było jeszcze bardziej słodko), która ma zapewnić szczęście na kolejny rok. Nie wiadomo, czy rzeczywiście cały rok będzie udany, ale na pewno zwycięzca zapewni sobie słodką chwilę przyjemności, konsumując ową świnkę.

#### **Nietypowe tradycje bożonarodzeniowe na świecie**

W niektórych państwach panują też świąteczne tradycje, które dla nas mogą okazać się ogromnym za-

skoczeniem. To między innymi:

- Chowanie mioteł w dniu Wigilii – to świąteczny zwyczaj w Norwegii. Kiedyś wierzono, że w Wigilię złe duchy i czarownice budzą się ze snu i biorą z cudzych domów miotły, by na nich odlecieć. Do dziś zabezpiecza się więc miotły przed kradzieżą.
- Oczyszczanie w saunie – to tradycja panująca w Finlandii. Finowie wierzą, że parowa kąpiel oczyści ich ciało, a także ducha.
- Jedzenie z KFC – choć Japończycy nie obchodzą świąt Bożego Narodzenia, to bardzo podoba im się świąteczna atmosfera. W trakcie świąt zazwyczaj jednak delektują się... kubelkiem z KFC! Sieć restauracji przygotowuje na ten okres specjalną świąteczną ofertę.
- Rzucanie butem – rozpowszechniona w Czechach tradycja polega na rzucaniu butem podczas świąt (plecami do drzwi i za siebie, przez ramię) w celu znalezienia męża. Jeśli nosek buta będzie wskazywał drzwi, oznacza to, że niebawem kobieta wyjdzie za mąż.

źródło: <https://mamotoja.pl/tradycje-bozonarodzeniowe-na-swiecie-nietypowe-zwyczajne-swiateczne,boze-narodzenie-artykul,27782,r1p1.html>





# **Komunikat Ministra Zdrowia**

## **w sprawie środków ochrony indywidualnej pracowników wykonujących czynności dla których ocena ryzyka wykazuje potencjalne narażenie zawodowe na SARS-CoV-2**

15 gru, 2021 | Aktualności

---

### **I. Ocena ryzyka w miejscu pracy dla SARS-CoV-2**

1. Potencjał narażenia zawodowego pracowników na SARS-CoV-2 określa się na podstawie prawdopodobieństwa wejścia w bezpośredni, pośredni lub bliski kontakt z osobą zarażoną wirusem. Należy tu uwzględnić:
    - bezpośredni kontakt fizyczny lub opiekę lub kontakt ze skażonymi powierzchniami i przedmiotami (fomity) podczas procedur wytwarzania aerozolu u pacjentów z COVID-19 bez zastosowanych odpowiednich Środków Ochrony Indywidualnej w celu ochrony przed zakażeniem SARS-CoV-2, zwanych dalej „ŚOI”, lub
    - pracę z osobami zakażonymi w zamkniętych, zatłoczonych pomieszczeniach lub innych miejscach z niewystarczającą wentylacją.
  2. Pracodawcy, w porozumieniu z pracownikami i ich przedstawicielami oraz współpracując z ekspertami w zakresie zapobiegania i kontroli zakażeń oraz medycyny pracy, powinni przeprowadzać i regularnie aktualizować ocenę ryzyka w miejscu pracy pod kątem SARS-CoV-2.
  3. Celem tej oceny ryzyka jest:
    - określenie poziomu ryzyka potencjalnego narażenia zawodowego związanego z różnymi pracami/czynnościami/procedurami/zadaniami i warunkami pracy,
    - planowanie i wdrażanie odpowiednich środków zapobiegania i ograniczania ryzyka oraz
    - ocena zdolności do pracy (braku przeciwwskazań) poszczególnych pracowników lub grup pracowników.
  4. Przeprowadzając ocenę ryzyka potencjalnego narażenia zawodowego na SARS-CoV-2 podczas wykonywania różnych prac/czynności/procedur/zadań powinno się uwzględnić następujące poziomy ryzyka:
    - pierwszy poziom – niskie ryzyko – prace/czynności/procedury/zadania bez częstego bliskiego kontaktu z ludźmi (współpracownicy i osoby z zewnątrz) i niewymagające kontaktu z osobami, o których wiadomo lub podejrzewa się, że są zakażone SARS-CoV-2;
    - drugi poziom – średnie ryzyko – prace/czynności/procedury/zadania z częstym bliskim kontaktem z pacjentami, odwiedzającymi, dostawcami i współpracownikami, ale niewymagające kontaktu z osobami, o których wiadomo lub podejrzewa się, że są zakażone SARS-CoV-2;
    - trzeci poziom – wysokie ryzyko – miejsca pracy lub prace/czynności/procedury/zadania o wysokim potencjale bliskiego kontaktu z osobami, o których wiadomo lub podejrzewa się, że są zakażone SARS-CoV-2 lub wymagające kontaktu z przedmiotami i powierzchniami, które mogą być skażone wirusem, np. badanie i bezpośredni wywiad medyczny pacjentów z objawami COVID-19, wchodzenie do pomieszczeń lub izolatek, zajętych przez osoby z podejrzeniem lub stwierdzeniem zachorowania na COVID-19, kontakt z wydzielinami pacjentów z podejrzeniem lub chorych na COVID-19, transport pacjentów z podejrzeniem zachorowania lub chorych na COVID-19, czyszczenie środków transportu po przewożeniu chorych lub podejrzanych na zachorowanie na COVID-19;
    - czwarty poziom – bardzo wysokie ryzyko – prace/czynności/procedury/zadania powodujące ryzyko narażenia na aerozole zawierające wirusa SARS-CoV-2, zazwyczaj podczas regularnego wykonywania u pacjentów z COVID-19 zabiegów wytwarzających aerozol np. podczas intubacji, tracheotomii, resuscytacji krążeniowo-oddechowej, czy bronchoskopii, lub praca z osobami zakażonymi w zamkniętych, zatłoczonych miejscach bez odpowiedniej wentylacji.
- Odniesienie w powyższych poziomach ryzyka do osób, o których wiadomo lub podejrzewa się, że są zakażone SARS-CoV-2, obejmuje również osoby przedobjawowe lub bezobjawowe, które mogą być zakażone, ale nie mają wyraźnych oznak lub objawów.
5. Ocenę ryzyka w miejscu pracy należy przeprowadzić dla każdego konkretnego otoczenia, a także każdej pracy/czynności/procedury/zadania oraz roli/ stanowiska/funkcji lub zestawu zadań, gdyż poziomy te nawet w tych samych warunkach pracy, mogą się różnić ze względu na specyfikę i charakterystykę pracy.
  6. Ocena ryzyka powinna prowadzić do doboru zestawu skutecznych środków zapobiegawczych i łagodzących w celu uniknięcia narażenia na podstawie:
    - ustalonego poziomu ryzyka;



- uwzględnienia lokalnej sytuacji epidemiologicznej;
- specyfiki miejsca pracy i wykonywanych zadań;
- hierarchii i poziomu przestrzegania/egzekwowania środków zapobiegania i kontroli zakażeń.

Załącznik nr 1 Poziomy ryzyka w miejscu pracy, zadania związane z pracą i odpowiednie środki profilaktyki pierwotnej i łagodzenia narażenia zawodowego na SARS-CoV-2 wśród pracowników.

## **II. Dobór środków ochrony indywidualnej do ochrony przed SARS-CoV-2**

1. Zapewniając bezpieczne warunki pracy w celu ochrony przed zakażeniem SARS-CoV-2, należy szczególną uwagę zwrócić na odpowiedni dobór środków ochrony indywidualnej do poziomu ryzyka stwierdzonego dla określonego stanowiska pracy. Dobór ŚOI powinien wynikać z analizy ryzyka dla konkretnych stanowisk pracy. Biorąc pod uwagę obciążenie jakie dodatkowo dla organizmu stanowi praca w pełnym zestawie środków ochrony indywidualnej przed SARS-CoV-2 należy szczególnie podkreślić istotę ich prawidłowego doboru do poziomu istniejącego ryzyka, tj. doboru optymalnego, a nie – zapewniającego najwyższy poziom ochrony w sytuacjach, gdy nie jest to wymagane. ŚOI zawsze stanowią obciążenie dla organizmu pracownika i dlatego powinny być dobrane z należytą starannością.
2. Poziom ryzyka zakażeniem SARS-CoV-2 powinien warunkować zarówno rodzaj asortymentu stosowanych środków ochrony indywidualnej, jak i w przypadku środków ochrony układu oddechowego i odzieży ochronnej – klasy ochrony.
3. Przy doborze środków ochrony indywidualnej konieczne jest uwzględnienie przez pracodawcę regulacji rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (Dz. U. z 2003 r. poz. 1650, z późn. zm.) zamieszczonej w załączniku nr 2 – Szczegółowe zasady stosowania środków ochrony indywidualnej stanowiącej, że: „Środki ochrony indywidualnej dobiera się i stosuje odpowiednio do występujących na stanowisku pracy zagrożeń określonych na podstawie oceny ryzyka zawodowego uwzględniającej warunki występujące w danym miejscu pracy, wymagania ergonomii i stan zdrowia pracownika”.
4. Asortyment ŚOI przeznaczony do ochrony przed SARS-CoV-2 powinien uwzględniać:
  - sprzęt ochrony układu oddechowego;
  - odzież ochronną, w tym również osłony nóg;
  - rękawice;
  - ochrony oczu i twarzy.
5. Rekomenduje się w zależności od stwierdzonego poziomu ryzyka, przy uwzględnieniu, że wirus SARS-CoV-2 najłatwiej przenosi się drogą kropelkową, stosowanie następującego sprzętu:
  - pierwszy poziom – niski poziom ryzyka – maski nieochronne w przypadku gdy nie jest możliwe zachowanie dystansu społecznego, stosowanie ŚOI nie jest wymagane;
  - drugi poziom – średni poziom ryzyka – półmaski filtrujące o najniższej klasie ochrony – FFP1 według normy PN-EN 149+A1:2010 lub maski medyczne zgodne z wymaganiami normy PN-EN 14683:2019+AC:2019-09,
  - trzeci poziom – wysoki poziom ryzyka – półmaski filtrujące o niższej klasie ochrony – FFP2 lub o wysokiej klasie ochrony FFP3 według normy PN-EN 149+A1:2010,
  - czwarty poziom – bardzo wysoki poziom ryzyka – filtrujący sprzęt ochrony układu oddechowego o najwyższej 3 klasie ochrony, w tym w szczególności półmaski filtrujące FFP3 zgodne z wymaganiami normy PN-EN 149+A1:2010.
6. Odzież chroniąca przed czynnikami infekcyjnymi – zapobiegająca przedostawaniu się czynników infekcyjnych do skóry (która może być uszkodzona) oraz przenoszeniu się czynników infekcyjnych na inne osoby lub w inne miejsca:
  - kombinezony ochronne – stanowiące pełną ochronę ciała, a także – fartuchy ochronne oraz osłony nóg zakładane na obuwie, które stanowią częściową ochronę ciała;
  - odzież chroniąca przed zakażeniem SARS-CoV-2 powinna być zgodna z wymaganiami normy PN-EN 14126:2005, odporna na działanie skażonych cieczy pod wpływem ciśnienia hydrostatycznego badana wg ISO 16604:2004 oraz odporna na przenikanie rozpylonej cieczy badana wg PN-EN ISO 17491-4:2008, PN-EN ISO 17491-4:2008/A1:2016-06 pozwalająca na klasyfikację odzieży ochronnej jako typ 6 – w przypadku zastosowania metody A (poziom niski – tzw. mist test) lub typ 4 – w przypadku zastosowania metody B (poziom wysoki – tzw. spray test);
  - stosowanie odzieży ochronnej jest uzależnione od ustalonego poziomu ryzyka:
    - pierwszy i drugi poziom – niski i średni poziom ryzyka – nie jest wymagane stosowanie odzieży ochronnej,
    - trzeci poziom – wysoki poziom ryzyka – fartuch lub kombinezon ochronny i osłony nóg zgodne z wymaganiami normy PN-EN 14126:2005, typ 4 lub typ 6, odporność na przenikanie skażonych cieczy pod wpływem ciśnienia hydrostatycznego na poziomie klasy 2 lub wyższej,
    - czwarty poziom – bardzo wysoki poziom ryzyka – kombinezon ochronny i osłony nóg zgodne z wymaganiami normy PN-EN 14126:2005, typ 4, odporność na przenikanie skażonych cieczy pod wpływem ciśnienia hydrostatycznego na poziomie klasy 4 lub wyższej.



7. W celu zmniejszenia obciążenia cieplnego pracowników służby ochrony zdrowia podczas wykonywania czynności zawodowych, szczególnie jeśli przewidywany czas użytkowania odzieży ochronnej jest dłuższy, należy wybierać odzież ochronną paroprzepuszczalną o odpowiedniej do zagrożeń klasie ochrony. W przypadku wysokiego poziomu ochrony (tj. klasa 4 lub wyższa w badaniu wg ISO 16604), odzież ochronna wykonana jest najczęściej ze szczelnych materiałów laminowanych lub powlekanych, które nie przepuszczają pary wodnej. Jednakże, w przypadku odzieży o niższym poziomie ochrony (np. klasa 2 w badaniu wg ISO 16604), dostępne są wyroby, w których wykorzystywane są materiały mikroporowate, charakteryzujące się przynajmniej częściową paroprzepuszczalnością. Paroprzepuszczalność odzieży ochronnej oceniana jest w badaniu oporu pary wodnej Ret według PN-EN ISO 11092:2014-11. Im niższa wartość Ret, tym korzystniejsze warunki w kontekście odprowadzania nadmiaru ciepła z ciała użytkownika odzieży poprzez parowanie potu.
8. W przypadku gdy nie stwierdzono bardzo wysokiego poziomu ryzyka, należy rozważyć zastąpienie kombinezonu ochronnego przez fartuch ochronny, który będąc częściową osłoną ciała również przyczyni się do mniejszego obciążenia cieplnego użytkownika. Wybór pomiędzy kombinezonem a fartuchem powinien w tym wypadku wynikać z rodzaju czynności wykonywanych na stanowisku pracy. Na stanowiskach wymagających dużej mobilności pracownika, a w konsekwencji – pełnej ochrony ciała, rekomendowane jest stosowanie kombinezonu ochronnego. W przypadku, gdy mobilność pracownika jest ograniczona i częściowa ochrona ciała jest wystarczająca, wówczas z punktu widzenia ograniczenia obciążenia cieplnego pracownika, wskazane jest zastosowanie fartucha ochronnego.

Załącznik nr 2 – Rekomendacje w zakresie doboru sprzętu ochrony układu oddechowego i odzieży ochronnej przeznaczonych do ochrony przed SARS-CoV-2 w zależności od poziomu ryzyka

9. Ochrona rąk wymaga stosowania rękawic medycznych, ochronnych lub tzw. podwójnego przeznaczenia (tj. spełniających wymagania zarówno rękawic medycznych, jak i ochronnych) niezależnie od poziomu ryzyka, w przypadku bezpośredniego kontaktu z pacjentem lub materiałem biologicznym. W odniesieniu do rękawic medycznych zastosowanie mają wymagania Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/475 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych zmieniająca dyrektywę 2001/83/WE, rozporządzenie (WE) nr 178/2002 i rozporządzenie (WE) nr 1223/2009 oraz uchylająca dyrektywy Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG oraz wymagania norm z serii PN-EN 455, natomiast w przypadku rękawic ochronnych – wyroby te powinny spełniać zasadnicze wymagania Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/425 z dnia 9 marca 2016 r. w sprawie środków ochrony indywidualnej oraz uchylenia dyrektywy Rady 89/686/EWG oraz wymagania normy PN-EN ISO 374-5:2017-02.
10. Ochrona oczu i twarzy jest wymagana w sytuacji, gdy istnieje ryzyko przedostania się czynnika biologicznego SARS-CoV-2 do oka np. drogą kropelkową (w formie aerozolu) lub przez potarcie oka skażonym elementem. Ochrona ta powinna być również zgodna z zasadniczymi wymaganiami ujętymi w ww. rozporządzeniu (UE) 2016/425 oraz normy zharmonizowanej PN-EN 166:2005. Do ochrony oczu przed czynnikami biologicznymi stosowane są osłony twarzy (osłony przeznaczone do ochrony przed rozbryzgami cieczy) lub gogle (gogle przeznaczone do ochrony przed kroplami cieczy).

### **III. Wymagania związane z zapewnieniem bezpieczeństwa stosowania przez pracowników środków ochrony indywidualnej**

1. Każdy egzemplarz ŚOI, powinien być opatrzony informacją umożliwiającą jego identyfikację (nazwa typu, numer partii, numer serii) oraz danymi producenta (nazwa, znak towarowy, adres). W sytuacji, gdy nie jest możliwe umieszczenie ww. informacji na wyrobie, dopuszcza się uwzględnienie ich na opakowaniu lub w dokumencie towarzyszącym.
2. Do ŚOI powinna być również dołączona informacja producenta, uwzględniająca wszystkie istotne z punktu widzenia użytkownika instrukcje i informacje.

#### **Zgodnie z ww. rozporządzeniem (UE) 2016/425 w informacji takiej powinny znaleźć się m.in.:**

- instrukcje przechowywania, użytkowania, czyszczenia, konserwacji, obsługi i dezynfekowania;
  - opis zagrożeń, przed którymi ŚOI ma chronić i skuteczności jego działania, stwierdzone na podstawie przeprowadzonych badań laboratoryjnych;
  - ewentualne ograniczenia w użytkowaniu.
3. Zapewnienie odpowiedniego poziomu ochrony użytkownikowi ŚOI wymaga prawidłowego ich zakładania i zdejmowania, aby nie doszło do skażenia czynnikiem biologicznym znajdującym się po wierzchniej stronie ŚOI.
  4. Środki ochrony indywidualnej, a w szczególności sprzęt ochrony układu oddechowego, powinny być odpowiednio dopasowane.
  5. Stan techniczny ŚOI powinien być nadzorowany i w przypadku stwierdzenia uszkodzeń lub wystąpienia utrudnień w pracy związanych z jego stosowaniem, pracownik powinien zgłosić taki fakt swojemu przełożonemu.
  6. ŚOI przeznaczone do jednorazowego użycia, nie powinny być stosowane ponownie, a jedynie odpowiednio utylizowane.
  7. W przypadku ŚOI zapewniających ochronę przed czynnikami biologicznymi wielorazowego użycia, szczególnie istotne jest właściwe przechowywanie ŚOI po użyciu oraz odpowiednia dezynfekcja i/lub konserwacja zgodnie z informacją producenta.



### **Załącznik nr 3 – akty prawne i normatywne.**

#### **IV. Zalecenia mające na celu ograniczenia niekorzystnych skutków dla pracownika związanych z długotrwałym stosowaniem ŚOI.**

1. Zaleca się stosowanie rękawic nieleteksowych lub nitrylowych w przypadku alergii pracownika na lateks.
2. Częste nakładanie kremów nawilżających może zmniejszyć podrażnienie dłoni.
3. W przypadku utrzymujących się wysypek lub objawów zapalnych skóry należy zasięgnąć konsultacji medycznej.
4. W przypadku uszkodzeń skóry spowodowanych długotrwałym stosowaniem ŚOI do ochrony dróg oddechowych i oczu (swędzenie, wysypkę, trądzik, odleżyny, kontaktowe zapalenie skóry, pokrzywkę i zaostrzenie wcześniej istniejących chorób skóry) dobrą praktyką może być:
  - zapewnienie odpowiednio dopasowanych ŚOI, aby uniknąć ciągłego tarcia lub nacisku w tym samym miejscu;
  - nakładania środków nawilżających lub żelu przed założeniem środków ochrony twarzy w celu zmniejszenia tarcia między skórą a maskami lub goglami oraz
  - unikanie używania zbyt ciasnych okularów, które mogą uszkodzić skórę i spowodować zaparowanie.
5. W przypadku długotrwałego stosowania pełnego zestawu ŚOI (maski filtrujące, ochrony oczu, okrycia głowy, kombinezony, fartuchy barierowe) ze względu na to, że zatrzymuje ciepło i pot, ogranicza procesy termoregulacyjne i może prowadzić do stresu cieplnego (wysypki cieplne, skurcze mięśni, omdlenia, wyczerpanie, rozpad mięśni szkieletowych i udar cieplny):
  - 1) zaleca się monitorowanie objawów choroby związanej z przegrzaniem, kolor i objętość wydalanego moczu);
  - 2) ograniczenie czasu pracy w pełnym ŚOI oraz zorganizowanie odpoczynku w chłodnym miejscu.
  - 3) zapewnienie chłodnej wody pitnej.
6. Roztwory dezynfekcyjne należy przygotowywać i stosować zgodnie z zaleceniami producenta w dobrze wentylowanych pomieszczeniach, unikając mieszania różnych środków dezynfekujących. Pracownicy zajmujący się przygotowaniem i stosowaniem środków dezynfekujących powinni zostać przebadani pod kątem przeciwwskazań medycznych, przeszkoleni w zakresie bezpiecznego stosowania środków dezynfekujących, wyposażeni w odpowiednie środki ochrony osobistej oraz poinstruowani w zakresie ich prawidłowego stosowania.
7. W celu zapewnienia bezpiecznego poziomu zatrudnienia, właściwego podziału obciążeń oraz zarządzania czasem i organizacją pracy należy wdrożyć strategiczne planowanie, wsparcie i budowanie potencjału pracowników. Wyjątki od przepisów dotyczących normalnych godzin pracy powinny być stosowane jedynie tymczasowo. Należy wdrożyć środki w celu optymalnej organizacji godzin pracy, zmian i odpoczynku uwzględniając również sytuację lokalną.

Opracowanie: Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny pracy. / Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy (Zakład Ochron Osobistych) / Instytut Medycyny Pracy im. dra J. Nofera w Łodzi

#### **Materiały:**

Załącznik nr 1 Poziomy ryzyka w miejscu pracy

Załącznik\_nr\_1\_Poziomy\_ryzyka\_w\_miejscu\_pracy.docx 0.02MB Załącznik nr 2 – Rekomendacje w zakresie doboru sprzętu ochrony układu oddechowego i odzieży ochronnej przeznaczonych do ochrony przed SARS-CoV-2 w zależności od poziomu ryzyka

załącznik\_nr\_2\_-\_Rekomendacje\_w\_zakresie\_doboru\_sprzetu\_ochrony\_ukladu\_oddechowego\_i\_odziezy\_ochronnej\_przeznaczonych\_do\_ochrony.docx 0.01MB Załącznik nr 3 akty prawne i normatywne

załącznik\_nr\_3\_akty\_prawne\_i\_normatywne.docx 0.01MB Komunikat Ministra Zdrowia w sprawie środków ochrony indywidualnej pracowników wykonujących czynności dla których ocena ryzyka wykazuje potencjalne narażenie zawodowe na SARS-CoV-2

Komunikat\_12122021.docx 0.04MB

Źródło: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-srodkow-ochrony-indywidualnej-pracownikow-wykonujacych-czynnosci-dla-ktorych-ocena-ryzyka-wykazuje-potencjalne-narazenie-zawodowe-na-sars-cov-2>

## **OD 9 GRUDNIA 2021R. BADANIA KWALIFIKACYJNE DO SZCZEPIEŃ PRZECIW GRYPIE WYKONUJĄ RÓWNIEŻ PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNE**

Ustawą z dnia 19 listopada 2021 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw został wprowadzony zapis w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. O zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi na podstawie, którego wykonanie zalecanego szczepienia ochronnego będzie poprzedzone badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania tego szczepienia, które przeprowadza lekarz, a które w przypadku badania kwalifikacyjnego osoby dorosłej przed szczepieniem przeciw grypie może przeprowadzać również pielęgniarka, położna.



# DODATKI COVIDOWE DLA MEDYKÓW

## NOWE ZASADY ROZLICZANIA



Od 1 listopada 2021 roku personel medyczny otrzyma dodatkowe wynagrodzenie covidowe za każdą godzinę opieki nad pacjentem z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Dla placówek medycznych, które leczą pacjentów z COVID-19, oznacza to czytelniejsze reguły przyznawania dodatku covidowego.

Od 1 listopada 2021 roku tzw. dodatek covidowy przysługuje personelowi medycznemu za każdą godzinę pracy z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Koniec z incydentalnością

To zmiana oczekiwana przez placówki medyczne leczące pacjentów z COVID-19. Kierownicy tych placówek mieli często trudności z doбором kryteriów, po spełnieniu których personel medyczny kwalifikował się do otrzymania dodatkowego wynagrodzenia. Wątpliwości budziła tzw. incydentalność w udzielaniu pomocy pacjentom hospitalizowanym ze względu na podejrzenie i zakażenie koronawirusem.

Wprowadzenie godzinowego rozliczania czasu pracy przy pacjencie covidowym znacznie ułatwia placówkom medycznym wskazanie osób, które powinny otrzymać dodatek oraz indywidualne określenie jego wysokości. Nowe zasady są jednolite w skali kraju i obowiązują na oddziałach placówek medycznych, które zapewniają łóżka dla osób z COVID-19 (tzw. II poziom zabezpieczenia covidowego).

Nie będą więc możliwe sytuacje, jak jeszcze na wiosnę tego roku, gdy do dodatków covidowych w pełnej wysokości za cały miesiąc pracy zgłaszani byli pracownicy, którzy przy pacjentach covidowych przepracowali kilka godzin w ciągu 30 dni.

Konkretny termin na korekty informacji o dodatkach

Znowelizowane polecenie Ministra Zdrowia dla Prezesa NFZ w sprawie wypłaty dodatkowego świadczenia pieniężnego w związku z COVID-19 **doprecyzowuje ramy czasowe na wprowadzanie korekt do informacji o liczbie personelu, który kwalifikuje się do otrzymania dodatku i wysokości środków niezbędnych do wypłaty dodatku.**

Zgodnie z nowymi przepisami korekty informacji (za okres do 30 września 2021) o wysokości środków niezbędnych do wypłaty dodatkowego wynagrodzenia, łącznie z kosztami pracodawcy, kierownicy placówek medycznych muszą przekazać do NFZ, do 15 listopada 2021.

W przypadku korekt informacji w kolejnych okresach, kierownicy placówek medycznych będą musieli przedstawić w ciągu dwóch miesięcy, licząc od końca miesiąca, którego dotyczy informacja. Do 10 listopada pla-

cówki medyczne mają czas na przesłanie do NFZ informacji za październik 2021. Ewentualne korekty tej informacji placówki, według nowych reguł, będą mogły złożyć maksymalnie do 31 grudnia 2021 roku.

Wprowadzenie jasnych ram czasowych zapobiegnie przedłużaniu czasu na poprawki dokumentów, w efekcie personel medyczny, który zostanie zakwalifikowany do otrzymania dodatku po korekcie, szybciej otrzyma wypłatę.

Kto otrzymuje dodatkowe wynagrodzenie i w jakiej wysokości?

Dodatek covidowy wynosi 100% wynagrodzenia, które wynika z umowy o pracę lub z umowy cywilnoprawnej, należnego za każdą godzinę pracy osoby, która (kryteria poniżej muszą być spełnione łącznie):

- wykonuje zawód medyczny
- uczestniczy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych i ma bezpośredni kontakt z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2
- pracuje na oddziałach, w których placówka medyczna zapewnia łóżka dla pacjentów z podejrzeniem oraz z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 (tzw. II poziom zabezpieczenia covidowego).

Maksymalna miesięczna kwota dodatku nie może przekroczyć 15 tys. zł.

Środki na dodatkowe wynagrodzenie pochodzą z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Trzy dni na wypłatę dodatku covidowego.

Narodowy Fundusz Zdrowia odpowiada za przekazanie placówkom medycznym środków na sfinansowanie dodatkowego wynagrodzenia. Fundusz wypłaca placówkom należne środki w terminie 3 dni, pod warunkiem, że przesłane dokumenty są prawidłowe i nie wymagają korekty lub uzupełnienia. Czas potrzebny na wypłatę dodatkowego wynagrodzenia zależy w największym stopniu od jakości i kompletności danych otrzymanych przez NFZ z placówek medycznych.

Ponad 8 miliardów złotych na dodatkowe wynagrodzenie

Do tej pory Narodowy Fundusz Zdrowia wypłacił już ponad 8,2 miliarda złotych na dodatki covidowe dla personelu medycznego i niemedycznego, w tym:

- 8,06 miliarda złotych dla personelu medycznego
- 219 milionów złotych (dodatki jednorazowe) dla pozostałego personelu.



**Stanowisko nr 1**

**Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII Kadencji  
z dnia 26 listopada 2021r.**

**w sprawie dopuszczania się przez pielęgniarki i położne procederu wystawiania  
fałszywych zaświadczeń o odbyciu szczepienia przeciwko COVID-19.**

**Skierowane do: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych,  
Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych.**

Członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie wyrażają stanowczy sprzeciw i brak akceptacji wobec procederu wystawiania przez pielęgniarki i położne fałszywych zaświadczeń o odbyciu szczepienia przeciwko COVID-19.

**Uzasadnienie**

W związku z coraz liczniej docierającymi informacjami o fałszowaniu przez pielęgniarki i położne zaświadczeń o odbyciu szczepienia przeciwko COVID-19, Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie wyraża stanowczy brak akceptacji wobec takiego zachowania oraz apeluje do członków samorządu o zaprzestanie takich działań a osoby mające wiedzę o możliwości popełnienia takiego czynu- o zgłaszanie zawiadomienia do właściwego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. W opinii Okręgowej Rady zachowanie takie uznać należy za naganne, rażąco naruszające zasady etyki pielęgniarskiej oraz przepisy normujące wykonywanie zawodu pielęgniarki i położnej.

Wskazać należy ponadto, iż postępowanie polegające na fałszowaniu dokumentacji medycznej celem wystawienia zaświadczenia o odbyciu szczepienia może podlegać odpowiedzialności na podstawie art. 270 §1 kk – „Kto, w celu użycia za autentyczny, podrabia lub przerabia dokument lub takiego dokumentu jako autentycznego używa, podlega grzywnie, karze ograniczenia albo pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”

Sekretarz ORPiP

Marzena Maniszewska

Przewodnicząca ORPiP

Barbara Płaza



**Stanowisko Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii z dnia 03.11.2021**  
**dotyczące podawania iniekcji dożylnych/domięśniowych u dzieci 0-18 lat**  
**w domu pacjenta / w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym) / w domu dziecka**

Wykonywanie iniekcji dożylnych i domięśniowych w domu pacjenta / w opiece ambulatoryjnej (w gabinecie zabiegowym) / w domu dziecka uważam za nieuzasadnione i niedopuszczalne.

Iniekcje dożylne mogą być wykonywane w warunkach szpitalnych oraz przez personel Pogotowia Ratunkowego w sytuacjach ratowania życia.

Stosowanie leków dożylnie / domięśniowo w tym antybiotyków wskazuje na poważny stan dziecka i nie ma możliwości podawania leków doustnie. W takich przypadkach konieczna jest pilna hospitalizacja dziecka. O tym fakcie należy poinformować rodziców i skierować dziecko do szpitala.

**Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci jest niebezpieczne i okrutne, a wykonanie kilkakrotnie w ciągu doby iniekcji domięśniowych jest dodatkowo narażeniem dziecka na ogromny stres, ból, cierpienie i możliwość powikłań miejscowych i ogólnych. Takie postępowanie nie tylko jest nieetyczne, to co najważniejsze niezgodne z rekomendacjami.**

**Zlecenie leków/antybiotyków domięśniowo u dzieci zarówno w opiece ambulatoryjnej jak i w szpitalu nie powinno mieć miejsca. Wyjątek stanowi:**

- **jednorazowe podanie leku ratującego życie w przypadku trudności z uzyskaniem dojścia dożylnego,**
- **chemioprophylaktyka choroby meningokokowej, która polega na profilaktycznym podaniu antybiotyku osobom z bliskiego otoczenia chorego (oraz w pewnych przypadkach, samemu choremu) i ma za zadanie likwidację potencjalnego nosicielstwa nosogardłowego *N. meningitidis* w celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia wtórnych przypadków zakażeń. Chemiczoprophylaktyka jest zalecana wszystkim osobom, które w ciągu 7 dni poprzedzających zachorowanie miały bliski kontakt z chorym. W takich przypadkach stosuje się **1 dawkę ceftriaksonu domięśniowo** (u dzieci**



poniżej 15 roku życia 125 mg). Dla dzieci dostępny jest też lek doustny rifampicyna, która może być stosowana u osób we wszystkich grupach wiekowych (1).

- W uzasadnionych przypadkach na zlecenie lekarzy specjalistów z innych dziedzin pediatrii

Jeżeli stan dziecka jest dobry, a **dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku** wówczas należy zlecić antybiotyk doustnie zgodnie z rekomendacjami (2). U dzieci zdecydowanie częściej przyczyną **zapalenia oskrzeli (a to rozpoznanie jest najczęstszą przyczyną zlecenia antybiotyku drogą domięśniową)** są **zakażenia wirusowe**, w których podanie antybiotyku jest nieuzasadnione zarówno drogą doustną, a tym bardziej domięśniową. *„Nie zaleca się rutynowego stosowania antybiotyku w ostrym zapaleniu oskrzeli lub oskrzelików. Przy kaszlu przedłużającym się powyżej 14 dni może być wskazane podawanie makrolidu, szczególnie w przypadku podejrzenia krztuśca [BIII]. U małych dzieci z kaszlem produktywnym utrzymującym się powyżej 4 tyg. bez tendencji malejących rozpoznajemy przewlekające się bakteryjne zapalenia oskrzeli i wtedy uzasadnione może być podanie antybiotyku (amoksycylina z kwasem klawulonowym lub makrolid- leki podawana drogą doustną) przez 10 – 14 dni [BII]. Nie zaleca się stosowania glikokortykosteroidów dożylnie, doustnie lub wziewnie u dzieci chorych na ostre zapalenie oskrzelików”.*

Jeżeli stan dziecka jest średni / ciężki, dziecko ma wskazanie do podawania antybiotyku drogą parenteralną wówczas należy skierować dziecko w trybie pilnym do szpitala, gdzie otrzyma antybiotyk dożylnie zgodnie z rekomendacjami.

Pielęgniarki/pielęgniarze otrzymując zlecenie na podanie antybiotyku drogą dożylną / domięśniową powinni w takich wypadkach odmawiać wykonania zlecenia lekarskiego, bowiem mają prawo odmawiać zleceń, które mogą być niebezpieczne dla dziecka. Pielęgniarki/pielęgniarze powinni poinformować rodziców o swojej decyzji i skierować dziecko do szpitala. Ponadto powyższe błędy w zleceniach lekarskich powinny być zgłaszane do konsultanta wojewódzkiego i/lub krajowego w dziedzinie pediatrii.

Nieprzestrzeganie przez lekarza zaleceń Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii naraża lekarza na konsekwencje – odpowiedzialność za nieumyślne narażenie dziecka na uszczerbek zdrowia lub zagrożenie życia i takie sytuacje powinny być zgłaszane do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy Okręgowej/Naczelnej Radzie Lekarskiej.



Lekarz zawsze ma prawo do eksperymentu medycznego, ale na to wymagana jest zgoda komisji bioetycznej.

Stanowisko wydano na mocy art. 10, pkt. 6 Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 Nr 52 poz. 419, z p.zm.)

**Prof. dr hab. med. Teresa Jackowska**

Signature Not Verified  
Dokument podpisany przez TERESA  
JACKOWSKA  
Data: 2021.11.02 15:53:52 CET

Konsultant krajowy w dziedzinie pediatrii

1. *Rekomendacje postępowania w zakażeniach bakteryjnych ośrodkowego układu nerwowego, pod redakcją prof. dr hab. n. med. Walerii Hryniewicz i wsp., 2011*
2. *Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego, pod redakcją prof. dr hab. n. med. Walerii Hryniewicz, dr hab. n. med. Piotra Albrechta, prof. dr hab. n. med. Andrzeja Radzikowskiego, 2016*

## Specjalizacja a wynagrodzenie

**Czy uzyskanie przez pielęgniarkę tytułu specjalisty w dziedzinie nie mającej zastosowania na stanowisku pracy, na którym jest zatrudniona należy zakwalifikować do podwyżki. Na przykład: Jak zakwalifikować pielęgniarkę posiadającą tytuł specjalisty z dziedziny chirurgii pracującą w podstawowej opiece zdrowotnej. W naszej ocenie (ustawa POZ) specjalizacja, która nie ma zastosowania na stanowisku pracy nie ma wpływu na podniesie jakości świadczonych usług.**

Należy wskazać, że załącznik do ustawy ustanawiający 11 grup zawodowych i przynależne im współczynniki pracy określa, że podział na grupy zawodowe został oparty o kwalifikacje wymagane od pracownika na zajmowanym stanowisku. Pracodawca/kierownik podmiotu leczniczego realizując więc postanowienia ustawy w zakresie kwalifikowania danego pracownika do właściwej grupy zawodowej, powinien więc brać pod uwagę wykształcenie, nie tyle posiadane, co wymagane

na stanowisku, na którym zatrudniony jest pracownik.

Podkreślenia wymaga, że przepisy ustawy określając jedynie najniższe wysokości wynagrodzeń zasadniczych (ustawa nie tworzy siatki płac), jednocześnie nie wyłączają w żadnym miejscu przepisów ogólnych Kodeksu pracy. W pierwszym rzędzie dokonując ustalenia wynagrodzenia pracownika pracodawca kierować powinien się ogólną dyrektywą prawa pracy określoną w art. 78 Kp. Ponadto w przypadku, gdy w danym podmiocie leczniczym zatrudnieni są pracownicy na jednakowych stanowiskach, którzy wykonują takie same obowiązki, lecz posiadają różne - lecz porównywalne - kwalifikacje, wówczas pracodawca stosować powinien art. 183c Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Pracami o jednakowej wartości są prace, których wykonywanie wymaga od pracowników porównywalnych kwalifikacji zawodowych, potwierdzonych dokumentami przewidzianymi w odrębnych przepisach lub praktyką i doświadczeniem zawodowym, a także porównywalnej odpowiedzialności i wysiłku (art. 183c § 3 Kodeksu pracy).



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

Szanowni Państwo

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

(ZMIANA OBOWĄZUJE W OKRESIE TRWANIA OKRESU EPIDEMICZNEGO)

Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej wprowadza zmiany:

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

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

2. Uchyla się art. 26 b (dotyczący skróconego czasu przeszkolenia).

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

UWAGA!

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

*Składamy serdeczne gratulacje!!!*

*W związku z przeprowadzonym postępowaniem konkursowym na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej w Samodzielnym Publicznym Wojewódzkim Szpitalu Chirurgii Urazowej im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich - filia Kochcice w dniu 24 listopada 2021 roku, zostali wybrani do pełnienia tych funkcji:*

*Pani Maria Podyma*

*Pielęgniarka Oddziałowa oddziału XXI Rehabilitacji - Kochcice*

*Pan Roman Borszcz*

*Pielęgniarz Oddziałowy oddziału XXI Rehabilitacji - Kochcice*

*Pragniemy w imieniu Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Barbary Płazy oraz członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych złożyć Państwu najszczerze gratulacje.*

*Z tej okazji prosimy przyjąć życzenia wszelkiej pomyślności zarówno w piastowaniu tak odpowiedzialnej funkcji, jak również w życiu osobistym, wdzięczności pacjentów i życzliwości współpracownikom.*

*Przewodnicząca Barbara Płaza  
oraz Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie*



# Dziecko z ADHD.

## Rola pielęgniarki w opiece i wspomaganiu dziecka chorego na ADHD.

Jawornik Agnieszka

ADHD „Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (Attention Deficit Hyperactivity Disorder — ADHD) wzbudza wśród polskich nauczycieli, psychologów i innych osób pracujących z dziećmi wiele kontrowersji. Często spotykamy następujące opinie: ADHD nie istnieje; ADHD jest „naukową nazwą chamstwa”; wszystkie dzieci mają ADHD, czy też, że dzieci się tak zachowują, ponieważ są źle wychowane. Podstawową przyczyną tak wyrażanych stwierdzeń wydaje się być sama natura tego zaburzenia. Z punktu widzenia osoby, która nie zajmuje się leczeniem dziecka z ADHD, można by zaryzykować stwierdzenie, że dziecko z ADHD to takie dziecko, które można nazwać „dzieckiem bardziej...”.

Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi jest zaburzeniem neurorozwojowym o zróżnicowanej etiologii, choć dokładna przyczyna nadal pozostaje nieznana. Występuje ono najczęściej u chłopców. W Polsce, na to zaburzenie cierpi ok. 150 tysięcy dzieci. Obecnie przyjmuje się, że na powstanie objawów ADHD wpływają zarówno czynniki środowiskowe, jak i biologiczne.

Do podstawowych grup objawów w ADHD należą:

1. zaburzenia koncentracji uwagi,
2. impulsywność,
3. nadruchliwość.

Konsekwencje zaburzeń koncentracji uwagi mogą być następujące:

- Bardzo długo trwające zabieranie się do zadań związanych z wysiłkiem umysłowym;
- Trudności ze skupieniem się w czasie pracy;
- Bardzo łatwe rozpraszenie;
- Kłopoty z zapamiętaniem przyswajanego materiału;
- Niesłuchanie poleceń lub brak reakcji na nie;
- Tendencja do marzycielstwa;
- „Gapowatość”.

Impulsywność może powodować:

- Brak przewidywania konsekwencji swojego działania;
- Rozpoczynanie zadania bez całkowitego zrozumienia instrukcji;
- Nie wysłuchiwanie poleceń do końca;
- Kłopoty z wykonaniem złożonych lub terminowych prac;
- Trudności w uczeniu się na podstawie wcześniejszych doświadczeń oraz ogólnych zasad;
- Kłopoty z oczekiwaniem na swoją kolej.



Nadruchliwość może warunkować następujące zachowania:

- Dziecko jest stale w ruchu;
- Trudności z wysiedzeniem w ławce przez całą lekcję;
- Ciągłe wiercenie się;
- Preferowanie zabaw ruchowych;
- Gadatliwość i hałaśliwość.”

„Zachowania agresywne u dzieci nadpobudliwych, są zachowaniami wtórnymi, wywoływanymi negatywną oceną dawaną dziecku przez ważne dla niego osoby a także poczuciem krzywdy i niesprawiedliwości, podyktowane tym, że nie są zauważane ich starania w kierunku opanowania potrzeby ruchu”.

Również ważne jak konsekwencje, a dla dzieci z ADHD, często najważniejsze są pochwały i nagrody. Dzieci nadpobudliwe rzadko są chwalone. Pochwały to jeden z najskuteczniejszych środków wychowawczych. Spróbujmy więc chwalić dziecko za wszystko, co nam się podoba opisując to.

Wskazówki przydatne do pracy z dzieckiem z ADHD

- izolację od wielobodźcowego środowiska,
- spokojną, nacechowaną ciepłem i życzliwością atmosferę
- jasny i konsekwentnie przestrzegany system reguł i zasad rządzących życiem dziecka, począwszy od rozkładu dnia, po system praw i obowiązków dla każdego członka rodziny,
- stałe, powtarzające się rytuały, dotyczące zarówno krótkich, jak i dłuższych okresów czasu,
- pomoc w porządkowaniu świata fizycznego, w którym



dziecko przebywa (segregowanie, układanie przedmiotów w najbliższym otoczeniu),

- pomoc w kończeniu czynności przez dziecko, zanim przejdzie do następnej,
- organizacja ukierunkowanej aktywności ruchowej (sportowej, zabawowej), która z jednej strony ma na celu umożliwienie odreagowania napięć, zaś z drugiej, wdraża w system zajęcie się czymś w sposób uporządkowany,
- formułowanie oraz pilnowanie przez osobę dorosłą celów działalności dziecka, które są jasno sformułowane, niezbyt odległe w czasie oraz proste do realizacji; stopniowe komplikowanie proponowanych działań oraz wydłużanie czasu ich realizacji, w miarę zmniejszania się objawów nadpobudliwości dziecka,
- stała kontrola działalności dziecka oraz przypominanie o zobowiązaniach,
- załatwianie wszelkich problemów związanych z dzieckiem w momentach jego wyciszenia, bez stosowania agresji i kar fizycznych.

„Dziecko nadpobudliwe poznaje świat szybciej i intensywniej niż jego rówieśnicy. Sprawia wrażenie nieustraszonego, takiego, które nie ulęknie się realizacji żadnego pomysłu, poczynawszy od wspinaczki po meblach, sięgania nożyczkami do kontaktu, po wpadanie na jezdnię bez uprzedniego rozejrzenia się na wszystkie strony. Oczywiście nie jest to odwaga lecz brak zdolności przewidywania następstw swojego postępowania. Dlatego też dzieci z ADHD są jednym z najczęstszych uczestników wypadków drogowych, ofiar utonięć, zabaw z niewypałami lub petardami. Przyczyną są podstawowe objawy ADHD: nieadekwatna ocena własnych możliwości, niedocenianie ryzyka, a także brak wystarczającej rutyny w sytuacjach, które z definicji mogą okazać się niebezpieczne. Dodajmy do listy drobne złamanie jako wynik wspinaczki na drzewa i mury czy akrobacji na rowerze czy desce. Dziecko z nadpobudliwością często jest całe pokaleczone, chodzi z poobijanymi nogami, a czasem z rękami w gipsie”.

„Wiele dzieci z zaburzeniami koncentracji uwagi charakteryzuje się nieelastyczną osobowością. Są nieustępliwe w swoim postępowaniu i nie akceptują żadnych zmian w środowisku. Wszelkie odstępstwa od rutyny mogą wywoływać wybuchy złości lub prowadzić do huśtawki nastrojów. Próg radzenia sobie z frustracjami jest u tych dzieci niższy, co potęguje jeszcze bardziej ich nieustępliwość.

Dzieci nadmiernie pobudliwe mają szczególne tendencje do pewnych agresywnych zachowań i generalnie, bardziej niż inne dzieci, są narażone na niebezpieczeństwa czyhające ze strony otaczającego środowiska. Gdy coś im zagraża, wycofują się lub próbują dominować, często okazując agresję. Dzieci te wyróżnia pewna powierzchowność uczuć i nie potrafią wyciągać wniosków z własnych doświadczeń, co prowadzi do osłabienia poczucia pewności siebie. Brak wiary w siebie wynika również z zahamowania rozwoju poszanowania własnej godności. W skrajnych przypadkach brak pewności siebie może prowadzić do uczuć paranoicznych.”

Pacjenci z ADHD borykają się z wieloma problemami, w których rozwiązaniu najczęściej niezbędna jest pomoc drugiej osoby, ogromną rolę odgrywa tutaj pielęgniarka. Problem z koncentracją, podejmowaniem decyzji, wahania nastrojów, nadmierna impulsywność to objawy osób z ADHD, które są dość stresujące dla samego chorego. Pielęgniarka aby pomóc pacjentowi powinna znać objawy, występowanie oraz istotę schorzenia, metody leczenia oraz sposoby wsparcia danej osoby. Hospitalizacja dziecka z ADHD jest dla niego bardzo stresującą i trudną sytuacją. Odizolowanie, zamknięcie w małej przestrzeni jest dla małego pacjenta niekomfortowe, wykonywanie czynności medycznych (zastrzyki, pobieranie krwi, badanie) przy stresującej atmosferze i złym podejściu ze strony personelu medycznego może skończyć się wybuchem agresji ze strony dziecka, które będzie czuło się bardzo wystraszone, zdekoncentrowane, przytłoczone. Dzieci z zaburzeniami psychoruchowymi i zaburzeniami koncentracji potrzebują akceptacji i dużego wsparcia ze strony otoczenia.

Występuje tutaj również nadmierna wrażliwość na odczucia, przeżycia, bodźce zewnętrzne, dzieci te odbierają ostrzej rzeczywistość a więc trudne sytuacje są dla nich ciężkim doświadczeniem psychicznym. Pielęgniarka podczas opieki nad dzieckiem z zaburzeniami ADHD powinna wyznaczyć sobie cel opieki, plan wsparcia pacjenta oraz sposób komunikacji w jak najbardziej przyjazny, spokojny i wyrozumiały sposób. Jej rola to odpowiednie i indywidualne podejście do dziecka, stworzenie mu bezpiecznej przestrzeni, w której panuje spokój i bezpieczeństwo. Wytlumaczenie dziecku, każdej zaplanowanej czynności pozwoli opanować panujący w głowie chaos i przyjąć spokojniej medyczne czynności potrzebne w danym momencie. Pielęgniarka uczy chorego różnych sposobów poprawiania zdolności koncentracji. Na przykład pomaga stworzyć przestrzeń, w której znajduje się mało rozpraszających przedmiotów co pomaga lepiej się skupić. Pracujące pielęgniarki muszą być wysoko wykwalifikowanym personelem, oprócz wysokich kwalifikacji zawodowych i ciągłego doszkalania potrzebne jest dobre opanowanie komunikacji międzyludzkiej, duża dawka empatii. Pielęgniarka umiejąca słuchać, pokazująca zainteresowanie problemami pacjenta nawiąże z nim relację, charakteryzującą się zaufaniem, poczuciem bezpieczeństwa, wzajemnym szacunkiem i akceptacją. Pamiętajmy dzieci z ADHD to nie są niegrzeczne, rozpieszczone, źle wychowane dzieci, to dzieci które żyją w chaosie, roztrzępaniu i są bardzo zagubione, tym bardziej potrzebują 100% naszej uwagi, wielkiej dawki wsparcia i serca które każda pielęgniarka posiada.



# Zaburzenia emocjonalne u kobiet w grupie wiekowej 50-54 lat

autor: Anna Profic



Życie kobiet w wieku 50-54 lat w społeczeństwie jest czasem zakłócone ze względu na występowanie zaburzeń psychicznych. Celem pracy była ocena występujących objawów somatycznych, charakterystycznych dla zaburzeń emocjonalnych, w grupie wiekowej kobiet 50-54 lata.

Omawiając problematykę kobiet dojrzałych należy odwołać się do teorii cykliczności życia. Levison, posilkujący się teoriami Junga czy Eriksona przyjął, iż życie człowieka stanowi całość, pewny cykl, w zakresie którego istnieje zgrupowany układ faz, występujących po sobie, zwanych erami. Przedział wiekowy 50-54, mieści się w środkowej fazie dorosłości, która trwa pomiędzy czterdziestym a sześćdziesiątym piątym rokiem życia. Okres pięciu lat od ukończenia 50 roku życia, to dla kobiety okres wielu zmian zarówno biologicznych, psychicznych i społecznych. Zmiany ekonomiczno-społeczne odczuwalne w funkcjonowaniu i życie. 50 rok życia wyznacza środek, czyli połowy drogi do stu lat. Wiekowi którego większość ludzi oczekuje, życząc sobie 100 lat przy okazji urodzin, imienin.

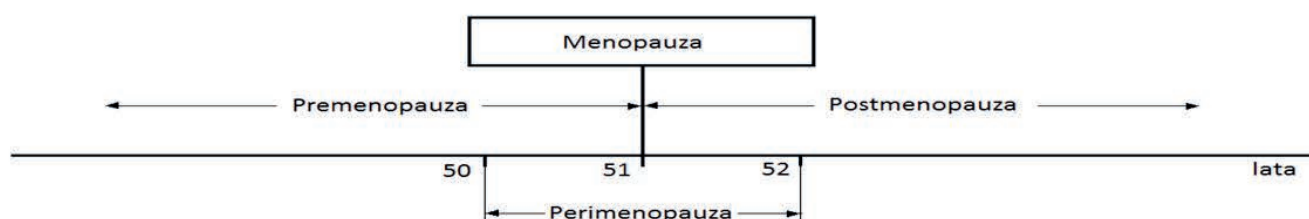
Jest to czas na rozmyślanie, co było i co czeka każda kobieta.

Większa grupa kobiet w okresie tu omawianym jest czynna zawodowo i społecznie.

Wiek 50-54 jest to czas biologicznych klimakterium. To przejściowy etap życia kobiet pomiędzy pełną zdolnością do prokreacji a jej ustaniem.

Dane demograficzne pokazują, iż obecnie co roku ok. 25 milionów kobiet na całym świecie przechodzi menopauzę. Zgodnie z prognozami w 2030r. kobiety w wieku > 50 roku życia będą stanowić 22,85% społeczeństwa krajów uprzemysłowionych i 20,41% krajów Europy.

Termin „menopauza” wywodzi się z greckiego słowa „miesiąc”(meno) oraz „zatrzymać” (pausis). Menopauza „to ostatnie krwawienie miesięczkowe w życiu kobiety, po wystąpieniu kolejnych 12 miesięcy miesiączka nie występuje i nie stwierdza się żadnych patologicznych przyczyn tego stanu.” Menopauza pojawia się najczęściej ok. 51 roku życia. Według ekspertów z Światowej Organizacji Zdrowia można wyróżnić okres perimenopauza, perimenopauza oraz postmenopauza. Poniżej przedstawiono w sposób graficzny podział okresu menopauzy.



wykres-2 Podział okresu menopauzy / Źródło: M.Karasek 2008 „Aspekty Medyczne starzenia się człowieka”



- okres przedmenopauzalny inaczej premenopauza- to okres kilku lat zanim wystąpi menopauza, najczęściej po 40 roku życia, miesiączki wtedy stają nieregularne
- okres okołomenopauzalny zwany perimenopauzą- okres przed menopauzą z odczuwanymi klinicznie, biologicznie i endokrynologicznie objawami, trwa od do roku po menopauzie
- czas pomenopauzalny inaczej postmenopauza to okres powyżej roku po ustaniu miesiączkowania

Mówiąc o menopauzie mówimy, iż jest to naturalny proces biologiczny, w którym dzięki osłabieniu funkcji hormonalnej jajników dochodzi do zaniku menstruacji. Należy również wspomnieć iż możemy mieć również do czynienia z sztuczną menopauzą, która pojawia się w sytuacji, gdy czynność jajników zanika w wyniku ich chirurgicznego usunięcia lub zastosowania radioterapii czy chemioterapii.

Układ rozrodczy kobiety gaśnie szybciej niż inne układy organizmu ludzkiego. Zaburzenia czynności jajników zaczynają się pojawiać już na 5-6 lat przed wystąpieniem menopauzy. Dochodzi do zaniku czynności hormonalnej jajników łącznie z szybko postępującą redukcją ilości pęcherzyków jajnikowych. Przed wystąpieniem zaburzeń miesiączkowania dochodzi do zmniejszenia produkcji estrogenów oraz obserwuje się spadek wydzielania hormonów osi somatotropowej jak hormon wzrostu (GH) i insulinopodobnego czynnika wzrostu (IGF). Dzięki tym zmianom dochodzi do obniżenia komórkowej wrażliwości na insulinę. Kolejne zmiany to osłabienie czynności i niewydolność ciała żółtego łącznie z niedoborem progesteronu co prowadzi do zatrzymania jajczkowania i zahamowaniu dojrzewania pęcherzyków Graffa i w końcowym efekcie do redukcji płodności.

Podczas gdy jajniki nadal zmniejszają swoją produkcję estrogenu i progesteronu, przysadka mózgowa pobudza do pracy jajniki i pompuje do krwi większe ilości FSH i LH. Ilość hormonów FSH i LH bardzo szybko wzrasta. FSH aż 13 krotnie, natomiast LH potraja swoją ilość.

W okresie perimenopauzalnym rośnie stężenie hormonów wydzielanych przez mózg przy równoczesnym zmniejszaniu się hormonów wydzielanych w jajnikach.

Podczas premenopauzy błona śluzowa wyściełająca macicę jest stymulowana tylko przez estrogen. W związku z tym iż nie dochodzi do okresowego złuszczenia śluzówki macicy, a tkanki rozrastają się i trudno jest utrzymać prawidłowe ukrwienie. Miesiączki stają się nieregularne lub w ogóle nie występują w danym cyklu. Gdy pojawi się krwawienie jest ono bardziej obfite niż zazwyczaj. Gdy pęcherzyki Graafa przestają reagować na stymulację FSH i LH, stężenie estrogenu spada do minimum a miesiączkowanie bezpowrotnie ustaje i rozpoczyna się menopauza.

Mimo iż w dojrzałym jajniku nie dochodzi już do jajczkowania, to jego funkcje nie ulegają całkowitemu zanikowi. Produkowane hormony przekształcane są w estron- formę estrogenu krążącego w krwiobiegu po menopauzie. Estron wytwarzany jest również przez inne tkanki i gruczoły, takie jak nadnercza, tkanka tłuszczowa i inne tkanki niegruczołowe.

U kobiet w czasie okołomenopauzalny stwierdza się prawie 5% obniżenie produkcji androstendionu.

Zmiany zachodzące u kobiet w okresie menopauzy dotyczą wielu układów i narządów.

Najbardziej charakterystyczną grupą objawów tego kresu są dolegliwości zespołu klimakterycznego:

1. Objawy naczynioruchowe posiadające charakter zaburzeń termoregulacji. Do najbardziej dokuczliwych objawów można zaliczyć: uderzenia gorąca oraz zlewne poty, szczególnie w nocy.
2. Zmiany atroficzne dolnego odcinka układu moczowo-płciowego. Są one przyczyną uciążliwych dolegliwości takich jak suchość pochwy, zapalenie pochwy, nawracających infekcji dróg moczowych, wypadania narządów płciowych i nieotrzymania moczu. Kobiety zgłaszające się do ginekologa zgłaszają oprócz wymienionych wyżej objawów jeszcze: świąd pochwy, obecność żółtawych, niezbyt obfitych upławów, uczucie parcia, bolesność podczas stosunków.
3. Ubytek masy tkanki kostnej. Przyczyną powstania osteopenii czy osteoporozy może być: niedobór wapnia w diecie, steroidoterapia, czynniki genetyczne, niedoczynność tarczycy jak i niedobory estrogenów charakterystyczne dla czasu menopauzy.
4. Zmiany w tkance łącznej. Zmiany te powodują ścieżenie skóry, obniżenie aktywności gruczołów łojowych i potowych, wypadanie włosów oraz często zgłaszane bóle kostno-stawowe. Na proces starzenia skóry wpływa wiele czynników, takich jak czynniki fizjologiczne i genetyczne; przewlekłe stany chorobowe; promieniowanie ultrafioletowe; nawyki w tym zła dieta, używki oraz zaburzenia hormonalne związane z okresem menopauzy niskie stężenia steroidów płciowych.

Zmiany w tkance tłuszczowej. W okresie okołomenopauzalny dochodzi do zmiany rozkładu tkanki tłuszczowej. Nadmiar tkanki tłuszczowej gromadzi się w tkance podskórnej brzucha. W Polsce ok. 2/3 kobiet w okresie menopauzy ma nadwagę lub jest otyła. Komórki tkanki tłuszczowej wewnątrzbrzuszej produkują substancje mające wpływ na stany zapalne, ryzyko wystąpienia chorób układu krążenia i insulinooporność. Wzrost masy ciała w czasie menopauzy wynika jednak głównie ze słabej aktywności fizycznej, złej diety i procesu starzenia się. W okresie menopauzy dochodzi do Zaburzeń gospodarki lipidowej. Zwiększa się stężenie cholesterolu całkowitego, przy czym widoczny jest wzrost LDL i VLDL i triglicerydów przy równoczesnym spadku HDL

5. Trudność w zasypianiu, kilkakrotne budzenie się w nocy powodują permanentny brak snu i stan ciągłego przemęczenia z rozdrażnieniem i powstaniem zaburzeń w sferze psychicznej.

Zaburzenia sfery psychicznej, to między innymi: nagle zmiany nastroju; stany przygnębienia; utrata chęci do wykonywania jakichkolwiek czynności, które wcześniej sprawiały przyjemność; trudności w radzeniu sobie ze stresem życia codziennego; łatwe męczenie, nerwowość; rozdrażnienie; pogorszenie pamięci; słaba koncentracja; dolegliwości somatyczne niereagujące na leczenie; depresja.

Wszystkie wymienione objawy, naturalne biologicznie w sposób negatywny wpływają na funkcjonowanie kobiet, na ich psychikę, koncentrację oraz komfort życia na co dzień.

Menopauzę od wielu lat łącono z pojawianiem się zaburzeń psychicznych, głównie z melancholią inwolucyjną, pojmowaną jako depresja, która pojawia się w okresie klimakterium. Zaburzenie to charakteryzowało się wystąpieniem nastroju



lękowo- depresyjnego z licznymi urojeniami, zaburzeniami snu i nasilonymi tendencjami samobójczymi. Z czasem zaburzenie to włączono do grupy zaburzeń afektywnych.

Przeświadczenie o występowaniu pewnych zmian psychicznych w okresie menopauzalnym jest dość powszechne.

Kobiety częściej chorują na depresję, a okres menopauzy wyjątkowo sprzyja występowaniu depresyjnych zaburzeń nastroju. W okresie okołomenopauzalny obserwuje się największą liczbę hospitalizacji, której powodem jest depresja.

„Klimakterium jest okresem, w którym kobiety mogą przeżywać wiele nasilonych negatywnych objawów somatycznych oraz emocjonalnych. Występowanie ich w dużym natężeniu nie jest regułą i zależy od sytuacji kobiet oraz jej postawy wobec przekwitania”

Menopauza łącznie z związanymi dolegliwościami przypada na obfity w różne stresujące sytuacje okres w życiu kobiety. Wśród niekorzystnych elementów okresu okołomenopauzalnego można wymienić:

1. Świadomość końca okresu młodości. Wiek ok. 50 lat to wiek, w którym kobieta przeprowadza bilans osiągniętych i nieosiągniętych celów. Dużo planów, a czasu coraz mniej. Zmiany widoczne w lustrze powodują popłoch w realizacji kolejnych planów.
2. Inne myślenie o sobie, poprzez zmiany biologiczne zachodzące kobieta zadaje sobie pytanie: czy nadal jestem kobietą?, czy mogę być nadal atrakcyjna dla swojego partnera?
3. Odejście z domu dzieci. Okres menopauzy to również zmiany w życiu rodzinnym, dzieci dorastają i zakładają swoje rodziny i coraz częściej opuszczają swój rodzinny dom. Dom pełen ciszy, spokoju; każdy dzień taki sam. Kobieta czuje się niepotrzebna, samotna.
4. Dzieci „bumerangi. Inna sytuacja, odmienna od przedstawionej powyżej. Dzieci, które założyły swoje rodziny i wyprowadziły się nagle wracają do domu ponieważ albo nie mogą sobie poradzić, mają kłopoty finansowe, rozwodzą się – oczekują pomocy od rodziców, bardzo często to właśnie kobieta wyciąga rękę z pomocą.
5. Choroba lub śmierć męża. Kobieta w tej sytuacji całkowicie przejmując obowiązki domowe, z troszczeniem się nad finansami, wychowaniem dzieci, często zmuszona jest podjąć dodatkową pracę aby móc podoląć i zaspokoić potrzeby współmieszkańców.
6. Samotność. Duże obciążenie psychiczne, kiedy to mężczyzna przechodzący okres kryzysu wieku średniego zostawia kobietę dla młodszej kobiety.
7. Zmiana statusu społeczno-zawodowego.
8. Zachorowanie na choroby towarzyszące jak np. choroby układu krążenia; zaburzenia metaboliczne; otyłość czy nowotwory powoduje u kobiety strach i lęk przed przyszłością.

U wielu kobiet w okresie menopauzy występuje zjawisko traktowania menopauzy jako znak nadchodzącej starości i stratę, dlatego koncentrują się na negatywnych emocjach na tym etapie życia. Pojawiają się również problemy z kontrolą i utrzymaniem dotychczasowej wagi ciała.

Okres menopauzy to okres wielu zmian hormonalnych. Duża liczba kobiet doświadcza w tym czasie wahań nastroju, można zaobserwować zwiększoną drażliwość i lęk. Nie wszystkie „badania wykazują wzrost częstości występowania

zaburzeń depresyjnych u kobiet w okresie menopauzy.” W literaturze można spotkać się z opinią, że zmiany fizjologiczne mają tak naprawdę niewielkie oddziaływanie na psychiczne zdrowie kobiety.

Okazuje się, że część kobiet odczuwa zdecydowanie ulgę z powodu ustąpienia miesiączki, uwolnienia się od konieczności używania środków antykoncepcyjnych czy opieki nad już dorosłymi dziećmi. Negatywne odczucia podczas menopauzy wiążą się głównie z lękiem przed starzeniem.

Występowanie zaburzeń emocjonalnych u kobiet w okresie okołomenopauzalnym łącznie są ze specyficzną podatnością biologiczną oraz uwarunkowaniami społecznymi a nie tylko ze względu na zaburzenia hormonalne.

Literatura podaje, iż zaburzenia psychiczne w szczególności depresyjne, spełniające kryteria klasyfikacyjne ICD-10 występują u kobiet w okresie okołomenopauzalny u ok. 20-30 %. Wykazana ilość kobiet z tym problemem może być zniekształcona poprzez występowaniu tzw. depresji maskowanej. Wtedy gdy objawy depresji są mało widoczne i dominują objawy somatyczne, które są charakterystyczne dla niedoboru estrogenu.

Koncepcje, które wyjaśniają występowanie depresji w okresie okołomenopauzalny odnoszą się do mechanizmów biologicznych oraz psychospołecznych.

Koncepcje mechanizmów biologicznych:

1. Koncepcja biochemiczna depresji– zakłada ona powiązanie zaniku estrogenu z procesami biochemicznymi w mózgu, co w konsekwencji prowadzi do depresji. Jeżeli chodzi o zaburzenia nastroju to dochodzi do zakłóceń równowagi neuroprzekaźników. Niedobór serotoniny i norepinefryny powoduje powstanie depresji.
2. Koncepcja domina. Ta koncepcja zakłada wpływ zmian hormonalnych, które pojawiają się w okresie menopauzy na powstanie objawów wazomotrycznych. Te z kolei przy dużej częstości występowania i nasileniu powodują zmęczenie, zaburzenia snu przez co kobieta staje się drażliwa i niespokojna.

Stosowanie HTZ, jako uzupełnienie niedoborów estrogenu, może poprawić jakość życia przez złagodzenie objawów wypadowych czy zaburzeń snu.

Hipoteza psychospołeczna całkowicie wyklucza związek między występowaniem depresji a menopauzą. Podkreślona tu zostaje rola życiowych zmian w omawianym okresie i towarzyszącym zdarzeniom stresowym jako czynników zwiększających ryzyko zachorowania na depresję.

Propozycja Greene’a w modelu psychospołecznej podatności stała się próbą łączenia wszystkich czynników. Kobiety w okresie okołomenopauzalnym są bardziej narażone na stany depresyjne, ponieważ zmiany hormonalne dezorganizują OUN, a pojawienie się pewnych sytuacji psychospołecznych jak np. negatywne postawy do starzenia się, menopauzy, negatywne przeżycia mogą powodować depresję.

Wyniki współczesnych badań dowodzą, że nie można traktować menopauzy jako czynnika powstania depresji, dane epidemiologiczne nie sugerują częstszego występowania depresji u kobiet w okresie okołomenopauzalny w porównaniu z innymi okresami życia kobiety.

Istnieje duży problem w diagnozowaniu depresji, szczególnie



ze względu na podobieństwo objawów niedoborów estrogenu. Mowa tu o objawach takich jak np. zmiany nastroju, nadmierna drażliwość, niepokój, zaburzenia pamięci, bezsenność co sprawia, że wiele depresji szczególnie tych o lekkim czy umiarkowanym nasileniu nie zostaje rozpoznana lub rozpoznana błędnie.

Do odmiennego obrazu depresji, występującej w okresie okołomenopauzalny oraz związanych z tym przeszkód diagnostycznych przyczynia się sposób jaki menopauza jest traktowana przez kobiety. W kulturze zachodniej, a tym samym i w Polsce nastawienie do menopauzy jest najczęściej negatywne. Ponad to w Polsce, sposób traktowania menopauzy może wynikać z działającego w Polsce modelu matki Polki, która poświęca się na rzecz swoich dzieci i jest w stanie pogodzić się ze swoimi dolegliwościami. Zazwyczaj kobieta i lekarz pochodzą z tego samego kręgu kulturowego, dlatego też często lekceważą objawy i opóźniają właściwe rozpoznanie. W społeczeństwie, w którym żyjemy są widoczne uprzedzenia wobec zaburzeń psychicznych, dlatego też najczęściej pacjentki zgłaszają się z objawami somatycznymi do gabinetu lekarskiego.

Uczestnicy debaty prowadzonej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne doszukują przyczyn podwyższonej zapadalności na zaburzenia nastroju w większej liczbie stresów, jakim są poddawane w ciągu życia w porównaniu z mężczyznami.

Kobiety częściej są ofiarami przemocy seksualnej, ataków fizycznych. Częściej żyją w ubóstwie, samotnym rodzicielstwie. Także częściej niż mężczyźni pomagają innym osobom narażonych na stres, przez co same są narażone.

Analiza uzyskanych wyników badań w omawianej pracy, pozwoliła na częściowe potwierdzenie hipotez badawczych postawionych przed badaniem grupy kobiet.

1. Emocje szczególnie takie jak złość, lęk i strach odgrywają znaczącą rolę w przypadku występowania objawów somatycznych u kobiet w grupie wiekowej 50-54 lat. U kobiet, które zaznaczyły wysoki poziom lęku średni poziom objawów somatycznych był istotnie wyższy  $M=5,08$ , niż u reszty badanych kobiet ( $2,86$ )  $p=0,000$ . Podobnie u kobiet, które odczuwają złość odnotowano znacząco wyższy średni poziom objawów somatycznych ( $M=5,74$ ) niż u pozostałych kobiet ( $M=3,05$ )  $p=0,000$ . W przypadku odczuwanego przez kobiety strachu różnice były nieco mniejsze jednak również istotne.
2. Brak istotnego związku pomiędzy stanem cywilnym a występowaniem objawów somatycznych odczuwanych przez kobiety. Kobiety rozwiedzione uzyskały najwyższy średni poziom natężenia objawów somatycznych na tle całej grupy badawczej ( $M=4,31$ ). Mężatki i wdowy uzyskały wyniki pośrednie (odpowiednio  $3,47$  i  $3,33$ ), natomiast panny uzyskały najniższy poziom natężenia objawów ( $M=3,08$ ).
3. Wykształcenie w znaczący sposób wpływa na występowanie objawów somatycznych charakterystycznych dla zaburzeń emocjonalnych. Okazało się, że istotnie wyższy poziom odczuwanych objawów somatycznych dotyczy kobiet z wykształceniem wyższym ( $M=4,97$ ).
4. Choroby przewlekłe są istotnie związane z występowaniem objawów somatycznych charakterystycznych dla zaburzeń emocjonalnych.

5. Kobiety w znacznej części nie potrafią sobie poradzić same z odczuwanymi obawami somatycznymi. 23,42% z nich korzysta z pomocy lekarza, w tym jedna z badanych kobiet korzystała z pomocy psychiatry. 13,51 badanych kobiet zażywa leki uspokajające. Niemala grupa kobiet sama stara się złagodzić dolegliwości poprzez sen i odpoczynek oraz aktywność fizyczna (odpowiednio 14,86 i 13,06%).
6. U kobiet po menopauzie poziom BMI jest istotnie wyższy w porównaniu do kobiet będących jeszcze przed menopauzą i wynosi 26, 18 ( $p<0,05$ ) Wraz ze wzrostem BMI wzrasta ryzyko występowania objawów somatycznych ze strony różnych układów.
7. Nie ma związku pomiędzy okazywaniem uczuć a natężeniem objawów somatycznych charakterystycznych dla zaburzeń emocjonalnych u kobiet ( $p>0,05$ ).

75,39% kobiet deklaruje, iż zdarza się, że tłumi swoje emocje. Jednak jest brak statystycznie istotnego związku między tłumieniem emocji a natężeniem objawów somatycznych.

Podsumowując uzyskane wyniki badań, można stwierdzić, że u kobiet w przedziale wiekowym 50-54 lat występuje wiele objawów somatycznych charakterystycznych dla zaburzeń emocjonalnych.

W przeprowadzonym badaniu skupiono się na występowaniu objawów somatycznych u kobiet w przedziale wiekowym 50-54 lat. Jest to dla kobiety okres intensywnych przemian, zarówno społecznych jak i biologicznych. Za występowaniem objawów takich jak bóle głowy, zmienne nastroje, zlewne nocne poty, gwałtowne uderzenia gorąca, kołatanie serca, uczucie zmęczenia, zaburzenia snu czy osłabienie pamięci kryć się może wiele zaburzeń. Jednym z nich to zaburzenie emocjonalne, a w szczególności depresja, która bardzo często przybiera niewidoczną postać tzw. maskę depresji.

Szybkie tempo życia, natłok obowiązków, presja sukcesu sprawia, że zapomina się o sensie życia. Każdy dzień przebiega według pewnego planu. I tak mija dzień po dniu. Jednak po głębszym zastanowieniu okazuje się, że nie wszystko jest w porządku, że dzieje się coś złego.

Zaburzenia sfery psychicznej, to między innymi nagle zmiany nastroju, stany przygnębienia, utrata chęci do wykonywania jakichkolwiek czynności, które wcześniej sprawiały przyjemność. To także trudności w radzeniu sobie ze stresem życia codziennego, nadmierna męczliwość, nerwowość, rozdrażnienie, pogorszenie pamięci, słaba koncentracja, dolegliwości somatyczne niereagujące na leczenie, depresja.

Temat maski depresyjnej jest rzadko omawiany w związku z tym, iż bardzo trudno rozgraniczyć objawy somatyczne z objawami zaburzeń emocjonalnych. Depresja maskowana, z upływem czasu, może przemienić się w postać depresji i tym samym utrudnić życie rodzinne, społeczne czy zawodowe.

J. Heitzman profesor z Warszawskiego Instytutu Psychiatrii i Neurologii wymienił wiele objawów, które mogą przysłaniać prawdziwy obraz ludzkiej psychiki.

Wyróżnił on pięć masek depresji:

- zaburzenia systemów okołodobowych z charakterystycznymi dla nich zaburzeń snu;
- maski psychopatologiczne z odczuwaniem lęków;
- maski bólowe, odczuwane bóle różnych części ciała;
- maski psychosomatyczne i wegetatywne, można tu wymienić drobne objawy somatyczne jak np.



świad skóry, zawroty głowy, zaburzenia pamięci i wiele innych;

- maski behawioralne: wszystkie odmienne zachowania np. jadłowstręt lub nadmierne tycie, spadki nastroju.

Ze względu na to, iż współczesna medycyna nastawiona jest na leczenie objawowe i szybki powrót do zdrowia łatwiej jest zareagować na objawy, a niestety trudniej jest znaleźć przyczynę zaburzeń.

Porównując wyniki badań własnych z przedstawionym powyżej obrazem maski depresyjnej należy zwrócić uwagę na niepokojącą ilość występujących objawów somatycznych u kobiet w przedziale wiekowym 50-54 lat. Do najczęściej zgłaszanych przez kobiety dolegliwości ze strony różnych

układów należą dolegliwości bólowe kości i stawów, bóle kręgosłupa oraz kołatanie serca. Odczuwanie tych objawów wpływa na stan emocjonalny badanych kobiet. Kobiety, które odczuwały niepokojące objawy somatyczne również odczuwały zaburzenia nastroju, strach, niepokój.

Nie można stwierdzić zaburzeń emocjonalnych u badanych kobiet ale można przypuszczać, że występujące niepokojące objawy mogą świadczyć o zaburzeniach na tle somatycznym lub emocjonalnym.

W pracy zawodowej pielęgniarka na co dzień spotyka się z chorymi, zgłaszającymi różne objawy somatyczne. Aby prawidłowo zareagować na zgłaszane dolegliwości powinna podejść do pacjenta, pacjentki holistycznie, całościowo z uwzględnieniem jego sfery biopsycho-społecznej.

## Informacje

### WAŻNE! JAK ZAREJESTROWAĆ PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ ONLINE?

W przypadku wykonywania zawodu w formie indywidualnej praktyki w ramach prowadzonej działalności gospodarczej pielęgniarka, położna zobowiązana jest uzyskać wpis do rejestru praktyk zawodowych, prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki zawodowej, okręgową izbę pielęgniarek i położnych.

**UWAGA ! Jeśli praktyka odbywa się na terenie kilku okręgowych izb, należy uzyskać wpis w każdej z nich.**

Wniosek o wpis do rejestru, przesyła się wyłącznie drogą elektroniczną, za pośrednictwem rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą <https://rpwdl.csioz.gov.pl>, z wykorzystaniem podpisu elektronicznego lub profilu zaufanego.

### ABY ZŁOŻYĆ WNIOSEK NALEŻY:

1. Uzyskać tzw. Profil zaufany, konieczny do podpisania wniosku ([epuap.gov.pl](http://epuap.gov.pl)).
2. Zalogować się na swoje konto w systemie rpwdl (lub założyć konto jeśli go nie posiadamy).
3. Wypełnić wniosek o wpisanie lub wpisanie zmian w swojej księdze rejestrowej.
4. W przypadku braku możliwości złożenia wniosku o wpis zmian – uzyskać uprawnienia do swojej księgi rejestrowej.
5. Podpisać wniosek profilem zaufanym.
6. Wysłać wniosek.
7. Dokonać opłaty na konto ogólne OIPiP z dopiskiem „opłata za wpis lub zmianę wpisu” (informacja o opłatach poniżej).

#### Opłaty za wpis i zmianę wpisu w rejestrze praktyk zawodowych w 2021 r.:

Zgodnie z art. 105 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej, opłata za wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wynosi 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez

wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego w drodze obwieszczenia przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego, natomiast wniosek o zmianę wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości ww. opłaty w 2021 opłaty:

- za wniosek o wpis do rejestru praktyk zawodowych - 109 zł (sto dziewięć zł),
- za wniosek o zmianę wpisu - 54,50 zł (pięćdziesiąt cztery zł. 50/100).

#### Wpłat prosimy dokonywać na konto ogólne OIPiP:

MILLENNIUM BANK

**82 1160 2202 0000 0001 2869 0101**

(z dopiskiem opłata za wpis lub zmianę wpisu rpwdl)

W przypadku pytań prosimy o kontakt telefoniczny:

503-008-946, 34-324-51-12,

e-mail: [sekretariat@oipip.czest.pl](mailto:sekretariat@oipip.czest.pl)

### AKTUALIZACJA DANYCH!

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie przypomina wszystkim członkom o obowiązku aktualizacji swoich danych osobowych, tj. zmiany nazwiska, zmiany adresu zamieszkania, zmiany miejsca pracy, ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia itd.); informacji o przejściu na rentę, świadczenie emerytalne, emeryturę.

Obowiązek aktualizowania danych nakłada ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, art. 1 ust. 2 pkt. 5.

Aktualizacji dokonuje się poprzez wypełnienie i czytelne podpisanie „Arkusza zgłoszeniowego / aktualizacyjnego danych osobowych w Rejestrze Pielęgniarek i Rejestrze Położnych prowadzonym przez ORPiP”, a następnie przekazanie wypełnionego i podpisanego arkusza (osobiście lub listownie) do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa (Dział Prawa Wykonywania Zawodu – pokój nr 405 lub sekretariat – pokój nr 410).





# ❧ Kondolencje ❧

„Gdy smutek boli, a słowa zbyt małe  
by rozpacz wypowiedzieć...  
Zostaje tylko milczenie, pełne gorących łez  
i bliskość osieroconych serc...”

Z wielkim żalem zawiadamiamy, iż 4 listopada 2021 roku odeszła od nas w wieku 80 lat

**Pielęgniarka Pelagia Pryt**

Łącząc się w bólu i żałobie z rodziną zmarłej składamy szczerze z serca  
płynące wyrazy współczucia i słowa otuchy.

Pielęgniarki, Pielęgniarze, Sanitariusze i cały personel Oddziału Psychiatrii Somatycznej  
i Gruzliczej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.

**Pelu!**

Nasza koleżanko z pracy i przyjaciółko!

Dziękujemy za Twoją niewymuszoną obecność wśród nas. Za każdy gest przychylności, koleżeństwa,  
życzliwości. Nigdy nie odmawiałaś nam pomocy, nie było w Tobie niczego sztucznego, nienaturalnego,  
fałszywego. W piękny i szlachetny sposób byłaś sobą. Szanowałaś i ceniłaś innych. Potrafiłaś wesprzeć  
dobrym słowem, wysłuchać, być przy drugim człowieku w smutku i radości. Zawsze życzliwa dla  
pacjentów, dobra dla nas...

Twoje wypielegnowane warzywa, przetwory, którymi nas częstowałaś, opowieści pełne dowcipu i klasy..  
Nie zdążyliśmy Ci powiedzieć, że Twoja pomoc sprawiała nam wiele radości a doświadczenie wykształciło  
rzese pielegniarek dla których byłaś i jesteś niedoścignionym Wzorem.

Żegnamy Cię nasza droga Koleżanko, Przyjaciółko, Pielęgniarko.

Spoczywaj w pokoju...

Zespół Chirurgii Ogólnej w Blachowni

„Wszystko ma swój czas:  
Jest czas spokoju, cierpienia,  
bezgranicznej rozpacz  
oraz czas wdzięcznej pamięci”

Z wielkim żalem zawiadamiamy, iż w wieku 72 lat  
odeszła od Nas **Marianna Łapot**  
emerytowana, wieloletnia Pielęgniarka  
Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Częstochowie  
ul. PCK1 Oddział Chirurgii Ogólnej

Wyrazy współczucia córce i synowi składają;  
koleżanki z dawnych lat.....,  
oraz Przewodnicząca ORPiP  
i Okręgowa Rada Pielegniarek i Półoznych w Częstochowie.

„W daleką podróż zabrał Cię Bóg.  
Jedną nadzieję Nam dając,  
Że kiedyś przekroczą, też Niebios próg,  
Ci, którzy tutaj w bólu zostali...”

**Pani Dorocie Szczerbiak**

Pielęgniarka Chirurgii Ogólnej Miejskiego Szpitala  
Zespólnego, ul. Mirowska  
wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

**Mamy**

składają Dyrekcja,  
Naczelnia Pielegniarka, Współpracownicy  
oraz Przewodnicząca i Okręgowa Rada  
Pielegniarek i Półoznych w Częstochowie.





10 października 2021 r. Minister Zdrowia powołał skład Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkół Pielęgniarek i Położnych na lata 2021 – 2025. W dniu 27 października br. Krajowa Rada Akredytacyjna Szkół Pielęgniarek i Położnych na pierwszym posiedzeniu wybrała na Przewodniczącą dr hab. n. o zdr. Mariolę Głowacką, członka Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Składamy najserdeczniejsze gratulacje oraz życzymy dalszych sukcesów na polu naukowo-zawodowym.

EGZAMIN KOŃCOWY  
KURSU KWALIFIKACYJNEGO  
PIELĘGNIARSTWO ŚRODOWISKA  
NAUCZANIA I WYCHOWANIA”  
DLA PIELĘGNIAREK

ORGANIZOWANEGO PRZEZ  
OŚRODEK SZKOLENIOWY  
OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK  
I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE

CZĘSTOCHOWA,  
8 GRUDNIA 2021 ROKU.



Osoby zainteresowane udziałem w kursach powinny spełniać poniższe kryteria:

Do kursów kwalifikacyjnych:

- posiadać prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej
- posiadać udokumentowane 6 miesięcy pracy w zawodzie.
- złożyć wniosek na kurs w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych - SMK.
- posiadać ukończone wymagane kursy specjalistyczne.

Do kursów specjalistycznych:

- zgłoszenie w Systemie Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych – SMK

Kontakt z Ośrodkiem Szkoleniowym: Tel. 519 -862-186 lub 34 324-12-51 wew. 407

**Informujemy, iż uruchomienie szkolenia zgodnie z terminem zamieszczonym w systemie SMK jest uzależnione od ilości osób zapisanych na dany kurs.**

Liczba osób zainteresowanych jest weryfikowana poprzez ilość wniosków na dane szkolenie złożonych w systemie SMK oraz osobiste potwierdzenie udziału w kursie.



## Plan szkoleń na I półrocze 2022 r, organizowanych przez OIPIP w Częstochowie

Nazwa szkolenia	Planowana data rozpoczęcia	Liczba uczest.	Wymagane dodatkowe kursy specjalistyczne do zakończenia specjalizacji
<b>SPECJALISTYCZNE</b>			
Resuscytacja Krążeniowo - Oddechowa	Po zebraniu grupy	15	
Wywiad i badanie fizykalne	Po zebraniu grupy	15	
Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych	Po zebraniu grupy	15	
Endoskopia	Po zebraniu grupy	15	
Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie	Po zebraniu grupy	15	
Szczepienia ochronne dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	15	
Szczepienia ochronne dla położnych	Po zebraniu grupy	15	
Resuscytacja Krążeniowo – Oddechowa noworodka	Po zebraniu grupy	15	
Ordynowanie leków i wypisywanie recept – Część I	Po zebraniu grupy	15	
Ordynowanie leków i wypisywanie recept – Część II	Po zebraniu grupy	15	
Edukator w cukrzycy	Po zebraniu grupy	15	
Leczenie ran– dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	15	
Leczenie ran – kurs dla położnych	Po zebraniu grupy	15	
Spirometria	Po zebraniu grupy	15	
<b>KWALIFIKACYJNE</b>			
Rodzinne dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	15	
Anestezjologiczne i intensywnej opieki	Po zebraniu grupy	15	1. Resuscytacja Krążeniowo – Oddechowa / 2. EKG
Pielęgniarstwo w środowisku nauczania i wychowania – kurs dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	15	
Pielęgniarstwo ratunkowe	Po zebraniu grupy	15	
Rodzinne dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	15	
<b>SPECJALIZACJE</b>			
„Pielęgniarstwo internistyczne” dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	20	1. Resuscytacja Krążeniowo – Oddechowa / 2. EKG
„Pielęgniarstwo chirurgiczne” dla pielęgniarek	Po zebraniu grupy	20	1. Resuscytacja Krążeniowo – Oddechowa / 2. EKG
<b>DOKSZTAŁCAJĄCE</b>			
Długoterminowe porty naczyniowe – użytkowanie portów naczyniowych	Po zebraniu grupy	20	
KTG płodu	Po zebraniu grupy	20	
Cewnikowanie pęcherza moczowego	Po zebraniu grupy	20	



2022

