

# BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej

Nr 3/83/2012



**BIULETYN INFORMACYJNY  
OKRĘGOWEJ IZBY  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

Wydawca: OIPIP w Białej Podlaskiej  
ul. Okopowa 3 pok. 218  
21-500 Biała Podlaska  
tel. : 83 342 86 28; tel/fax.: 83 343 60 83  
e-mail: [oiqipbp@poczta.onet.pl](mailto:oiqipbp@poczta.onet.pl)  
[www.oiqip-bp.pl](http://www.oiqip-bp.pl)

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
Czynne pon. - pt. 8<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>

**INFORMATOR OIPIP:**

W biurze OIPIP dżury pełnią:  
Radca Prawny  
mgr Irena Hołubowicz  
czwartek w godz. 12<sup>00</sup> - 14<sup>00</sup>

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej  
Pielęgniarek i Położnych  
mgr Janina Dziedzic-Płanda  
I i IV poniedziałek miesiąca, godz. 15<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek  
i Położnych Agnieszka Czekiel  
I środa miesiąca w godz. 14<sup>00</sup>-15<sup>00</sup>

**Nr konta OIPIP w Białej Podlaskiej:  
BANK SPÓŁDZIELCZY  
90 8025 0007 0025 2858 2000 0010**

Rada Programowa Biuletynu  
dr n. med. Aneta Stanisławek  
mgr Barbara Cydejko  
mgr Dorota Fedoruk  
mgr Elżbieta Macech

Redakcja Biuletynu:  
Elżbieta Celmer vel Domańska,  
Ilona Bilko, Iwona Denicka, Joanna Głowacka,  
Anna Olesiejuk, Danuta Pawlik

Druk: INTERGRAF – Międzyrzec Podlaski

# Spis treści

Od redakcji.....3



Kalendarium OIPIP.....4



Uchwały ORPiP.....5



Z prac NRPiP.....6



Informacje.....12



Opinie konsultantów.....17



Dział prawny.....22



Kształcenie podyplomowe.....25



Referaty.....30



Z żałobnej karty.....34

## ZACHĘCAMY CZŁONKÓW SAMORZĄDU DO KORZYSTANIA Z BIULETYNU.

Biuletyn rozprowadzany jest bezpłatnie wśród członków Samorządu.

**Koleżanki, koledzy pielęgniarki i położne jeżeli chcecie złożyć gratulacje, podziękowania, kondolencje, zamieścić prace własne - NAPISZCIE - my wydrukujemy.**

Redakcja nie zwraca materiałów. Zastrzegamy sobie prawo skracania przesłanych tekstów .

Prosimy dostarczyć artykuły na nośnikach elektronicznych (płyta CD).

OIPIP nie odpowiada za treść ogłoszeń ofert pracy za granicą dla personelu medycznego.

**Szanowni Państwo,**

Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia nakłada obowiązek na świadczeniodawców pełnej elektronizacji dokumentacji medycznej od 1 sierpnia 2014 r. Jest ona konsekwencją zobowiązań spoczywających na Polsce jako członku Unii Europejskiej, wynikających z przyjętego w 2005r. na szczycie w Sewilli planu eEuropa 2005 Information Society for All. Plan ten zobowiązuje kraje członkowskie do rozwinięcia usług elektronicznych, w tym e-health.

Proces informatyzacji podmiotów ochrony zdrowia dotyczy w równej mierze zawodu lekarza jak i pielęgniarki/położnej. Lekarze niewątpliwie są bardziej zaawansowani w procesie nadawania terminów przedmiotowi swojego działania (wystarczy wspomnieć Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 czy Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych ICD-9 CM).

Trwający od kilkunastu lat proces kształtowania się Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) jako nowoczesnej pielęgniarskiej klasyfikacji terminologicznej pozwala obserwować powstawanie takiego narzędzia organizacji wiedzy i dostępu do niej, a także jego adaptacje do zmieniających się potrzeb użytkowników, którymi są pielęgniarki.

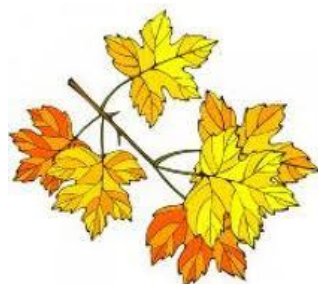
Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej, która systematyzuje pracę pielęgniarki/położnej i umożliwia porozumiewanie się pielęgniarek/położnych nie tylko w kraju, ale w całej Europie staje się powoli wymogiem. Ujednolicenie diagnozy pielęgniarskiej w systemie informatycznym ułatwi i usprawni także pracę zespołom terapeutycznym. Niestosowanie jednolitego narzędzia będzie powodem sporego zamieszania. Jeśli każdy typ placówki będzie używał swojej terminologii, porównanie dokumentacji stanie się trudne, a trudności wzrosną przy opracowywaniu dokumentacji z różnych krajów, w różnych językach.

ICNP® ustanawia międzynarodowy standard terminologii funkcjonującej w pielęgniarstwie, stosowany w elektronicznej dokumentacji medycznej. Jest częścią programu e-zdrowie, którego zadaniem jest przekształcenie pielęgniarstwa poprzez zastosowanie technologii informacyjnych i komunikacyjnych. Usługi pielęgniarskie będą sklasyfikowane w słowniku ICD-P jako jeden jedyny kod - 89.04 „Opieka pielęgniarki lub położnej”. Dzięki niemu opiszemy wszystkie interwencje, które realizujemy. Pielęgniarki/położne zasługują na to, aby ich czynności zostały sklasyfikowane, a ich praca wynagrodzona adekwatnie do wykonanych zadań.

Od bieżącego numeru naszego biuletynu pragniemy przybliżyć Państwu Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej ICNP®, aby umożliwić w przyszłości wprowadzenie jej w praktyce.

**Elżbieta Celmer vel Domańska**

Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej

**Dzień w kolorze śliwkowym**

Po czerni jeżyny

Po liściu kaliny

- Jesień, jesień już

Po ciszy na stawie

Po krzyku żurawi

- Jesień, jesień już

Po astrach, po ostach

To widać, to proste że

- Jesień, jesień już

I po tym że wcześniej

Noc ciągnie ze zmierzchem

- Jesień, jesień już

Po pustym już polu

Po pełnej stodole

- Jesień, jesień już

Strachowi na wróble

Już nad czym się trudzić?

- Jesień, jesień już

I po tym że w górze

Wiatr wróży kałuże, tak

- Jesień, jesień już

I po tym że przecież

Jak zwykle, po lecie

- Jesień, jesień już

Ach, ten dzień w kolorze  
śliwkowym!

- Berberysu i głogu ma smak...

Stawia drzewom pieczętki

- Żeby było w porządku

Że już pora

Że trzeba iść spać...

A my tak - po kieliszku, po

troścyczku

Popijamy calutki ten dzień

- Próbuujemy nalewki

Z dzikiej róży, z porzeczki

Żeby sprawdzić - czy zima

To wypić się da?...

- To się w głowie nie mieści

Że tak szumi szeleści

Tak bliźniutko, o krok, prawie tuż

Głębokimi rzekami, pachnącymi

szuwarami

Idzie jesień

I prosto w nasz próg...

- Ale co tam! przecież taka jesień

złota

Nie jest zła!

- Ale co tam! Przecież taka

jesień złota

Niechaj trwa...

Leszek Długosz



## KALENDARIUM OIPiP W BIAŁEJ PODLASKIEJ

18.07.2012r.	Spotkanie z Wojewodą Lubelskim w Urzędzie Wojewódzkim w Lublinie - uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Elżbieta Celmer vel Domańska.
19.07.2012r.	Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
31.07.2012r.	Seminarium z zakresu restrukturyzacji spoz w kontekście współpracy podmiotów leczniczych z podmiotem tworzącym w Urzędzie Marszałkowskim w Lublinie – uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Elżbieta Celmer vel Domańska.
13.09.2012r.	Konferencja „ Z myślą o życiu” zorganizowana przez Mazowiecki Szpital Wojewódzki w Siedlcach i OIPiP w Siedlcach - uczestniczyły Sekretarz ORPiP Danuta Pawlik , członek ORPiP Barbara Doroszuk i Przewodnicząca Komisji Kształcenia Anna Ślifirczyk.
14.09.2012r.	Szkolenie dla położnych organizowane przez OIPiP w Białej Podlaskiej „Pierwszy kontakt matki z dzieckiem po porodzie w praktyce szpitalnej” w Grabanowie.
18-19.09.2012r.	Posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Elżbieta Celmer vel Domańska.
22.09.2012r.	Szkolenie dla członków Okręgowych Sądów Pielęgniarek i Położnych w OIPiP w Lublinie.
28.09.2012r.	Spotkanie z Konsultantami Wojewódzkimi z poszczególnych dziedzin pielęgniarstwa w OIPiP w Lublinie.

## Uchwały podjęte podczas posiedzeń ORPiP w Białej Podlaskiej

Lp	Numer i tytuł uchwały
1.	Uchwała Nr 40/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 września 2012r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.
2.	Uchwała Nr 41/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 września 2012 r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. <i>[kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego]</i>
3.	Uchwała Nr 42/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 września 2012 r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. <i>[kurs specjalistyczny szczepienia ochronne (Nr 03/08)]</i>
4.	Uchwała Nr 43/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 września 2012 r. w sprawie wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji w zakresie kształcenia podyplomowego.
5.	Uchwała Nr 44/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 września 2012r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
6.	Uchwała Nr 45/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 września 2012r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia położnej po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
7.	Uchwała Nr 46/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 września 2012r. w sprawie przyznania zapomogi losowej.
8.	Uchwała Nr 47/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 września 2012r. w sprawie dofinansowania kosztów autokaru na manifestację organizowaną przez ZK OZZPiP w Warszawie.
9.	Uchwała Nr 48/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 września 2012r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.
10.	Uchwała Nr 49/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 21 września 2012r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia.



## Uchwały podjęte podczas posiedzeń Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej

Lp	Numer i tytuł uchwały
1.	Uchwała Nr 35/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 lipca 2012r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia.
2.	Uchwała Nr 36/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 lipca 2012r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
3.	Uchwała Nr 37/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 lipca 2012r. skierowania na odbycie przeszkolenia położnej po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
4.	Uchwała Nr 38/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 lipca 2012 r. w sprawie powołania komisji do przeprowadzenia egzaminu po odbytych przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki/położnej przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
5.	Uchwała Nr 39/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 lipca 2012r. w sprawie wydania zaświadczenia o odbytych przeszkoleniu z powodu niewykonywania zawodu położnej przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
6.	Uchwała Nr 40/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 lipca 2012r. w sprawie wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarki i Położnych do udziału w pracach komisji konkursowych w celu wyłonienia kandydatów na stanowiska pielęgniarek oddziałowych.
7.	Uchwała Nr 41/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 lipca 2012r. w sprawie pokrycia kosztów szkolenia.
8.	Uchwała Nr 42/VI/12 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 19 lipca 2012 r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych. <i>[kurs specjalistyczny - wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07]</i>

### Na podstawie uchwał Okręgowej Rady i Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej dokonano:

- 4 stwierdzeń prawa wykonywania zawodu,
- 2 wpisy pielęgniarek,
- 5 skreśleń z rejestru pielęgniarek.

Danuta Pawlik  
Sekretarz ORPiP w Białej Podlaskiej



## Przełamać strach



Z prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, dr n. med. Grażyną Rogalą-Pawelczyk rozmawia Ewa Sawicka

**Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, dr n. med. GRAŻYNA ROGALA-PAWELCZYK, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Zarządzania w Pielęgniarstwie Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie Od XII 1999 do XII 2007 pełniła funkcje Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.**

Z informacji, jakie podano na pierwszym Ogólnopolskim Kongresie Ekspozycji Zawodowej „Dbając o Zdrowie - narażają zdrowie” wynika, że świadomość zagrożeń wynikających z ekspozycji zawodowej jest wśród polskich pielęgniarek bardzo niska. Ekspertki tłumaczyli, że duży odsetek zakłuc, a jednocześnie niska zgłaszalność takich zdarzeń wynika z braku wystarczającej świadomości na temat zagrożeń, jakie może wywołać ekspozycja zawodowa oraz brak jednolitego systemu zgłaszania i monitorowania tego rodzaju wypadków...” Nie do końca się zgadzam z poglądem, że polskie pielęgniarki nie mają pojęcia o zagrożeniach. Taki stan, moim zdaniem, nie wynika z niezajomości procedur, jakie powinny zachowywać, czy braku wiedzy na temat zagrożeń, ale z tego, w jaki sposób pracodawcy podchodzą do tego typu zdarzeń i konieczności wdrożenia procedury: sformowania komisji, czasowego odsunięcia pielęgniarki od pracy, sporządzenia dokumentacji itd.

Powiedzmy otwarcie - to pracodawca, czyli właściciel i menadżer, kreuje środowisko pracy. Uważam, że w wielu przypadkach, choć oczywiście nie zawsze, pielęgniarki nie zgłaszają tego typu zdarzeń z obawy przed negatywną oceną, z uzasadnionego lęku, ze informując o zakłuciu, zostanie się uznaną za nieuważną, niezborną, gapę, zbyt starą lub zbyt niedoświadczoną by dalej pracować. Kogoś, kto sprawia kło-

pot, bo sam odrywa się od pracy i jeszcze innych zmusza do dodatkowego wysiłku, a zakład naraża na koszty.

**Blizsze zagrożenie - utarta pracy lub premii - budzi większy strach niż zagrożenie trwałej utraty zdrowia?!**

Proszę nie zapominać, w jakich warunkach zwykle dochodzi do zakłuc. Z jednej strony są określone procedury, których pielęgniarka przestrzega, i odpowiedni sprzęt np. do niszczenia zużytych igieł, a z drugiej - stres, tempo pracy, zmęczenie. Pracodawcy wymagają obecnie przede wszystkim wydajności, stąd skracanie przerw, przydzielanie jednej, a jak ma się szczęście, to dwóm pielęgniarkom po 40 pacjentów, konieczność prowadzenia coraz bardziej rozbudowanej dokumentacji. To nie brak przestrzegania procedur, ale właśnie te osłabiające koncentrację czynniki sprawiają, że dochodzi do nieumyślnego kontaktu z zagrażającym zdrowiu materiałem biologicznym.

**Jeśli raz i drugi zakłucie obyło się bez konsekwencji, to w myśl arcywłoskiego przekonania „jakoś to będzie”, przestaje się z czasem zwracać na to uwagę?**

To, co złe, przydarza się zwykle innym, nie nam. W naszej rodzinie nie ma HIV, żółtaczk, a jeśli jest, to widocznie „los tak chciał”, albo „to kara za grzechy”, bo i w takich kategoriach zdarza się niektórym myśleć. Nie tylko pielęgniarki myślą życzeniowe. Są inżynierki, jak stawiać rusztowania,

a mimo to wciąż zdarzają się wypadki na budowach, są przepisy nakazujące odśnieżanie, a mimo to zimą giną ludzie na nieoczyszczonych drogach, w niektórych rejonach kraju regularnie zdarzają się powodzie, choć można ich skutki zminimalizować, budując waty. Bo zawsze przedtem było to „jakoś to będzie”. Do tego dochodzi jeszcze postawa „skoro tam na górze się nie przejmują, to co ja się będę przejmowała”.

**Zastanawiam się, na ile unijna dyrektywa dotycząca zapobiegania zranieniom ostrymi narzędziami w sektorze opieki medycznej faktycznie zwiększy bezpieczeństwo?**

Zdecydowanie wpłynie. Już samo to, że pracodawca będzie zobligowany poinformować o niej personel, sprawi, że niejedna pielęgniarka zastanowi się nad możliwymi konsekwencjami nie zgłaszania zakłucia. Dyrektywa nakłada na pracodawców także obowiązek wprowadzania bezpieczniejszego sprzętu..

**...na którym pielęgniarki będą musiały nauczyć się pracować, co pociąga za sobą zmianę nawyków. Nie obawia się Pani, że część z nich zastosuje bierny opór?**

Dyrektywa nie tyle wprowadza nowe przepisy czy procedury, ile wzmacnia już istniejące. Kładzie duży nacisk na zwiększanie bezpieczeństwa personelu - nie tylko pielęgniarek i położnych, ale też lekarzy, pracowników technicznych czy sprzątających, którzy mogą mieć



kontakt z zagrażającym materiałem biologicznym.

Nie ma co się oszukiwać, zakłucia zawsze się będą zdarzały. Chodzi o to, by były jak najrzadsze i żeby pielęgniarki nie bały się o nich powiadamiać. A przełamanie strachu przed możliwymi konsekwencjami takiego zgłoszenia leży po stronie pracodawcy. To on musi stworzyć taką atmosferę, by pielęgniarka nie czuła się winna, że doszło do takiej sytuacji i poddała się leczeniu po-ekspozycyjnemu bez obaw o utratę miejsca pracy. Jednak najważniejszą sprawą jest prewencja, czyli edukowanie pielęgniarek, jak mają postępować, by uniknąć zakłuć. Czekanie na wynik testu, który obowiązkowo się wykonuje po zgłoszeniu zakłucia, to tak naprawdę czekanie na wyrok. W naszych warunkach odbywa się to bez żadnego instytucjonalnego wsparcia psychologicznego. Jako nauczyciel akademicki i opiekunka praktyk nie spotkałam się z sytuacją, by zagrożonej pielęgniarce wsparcia udzielał specjalnie do tego delegowany przez pracodawcę psycholog, a choćby pielęgniarka oddziałowa czy np. starsza pielęgniarka nadzorująca stażystkę. To się na ogół odbywa na zasadzie koleżeńskej.

Sytuacja osoby, u której rzeczywiście dochodzi do zarażenia, jest jeszcze trudniejsza. Nie tylko z powodów zdrowotnych, ale też życiowo-towarzyskich. Zawsze powtarzam młodym adeptkom zawodu, żeby nie baty się zgłaszać zakłuć w obawie przed utratą pracy, bo jeśli w jego efekcie dojdzie do zarażenia i nie przejdą na czas leczenia poekspozycyjnego, to i tak tę pracę, a przy okazji zdrowie, a bywa że i życie, mogą stracić.

**Marzę o sytuacji, w której pielęgniarka w uzasadnionej obawie przed ekspozycją zawodową odmawia wykonania jakiegoś zabiegu, a przełożony podchodzi do tego z szacunkiem i zrozumieniem. Nie ma Pani wrażenia, że nie tylko pacjenci, ale też pracodawcy oczekują od pielęgniarek poświęcania się do tego stopnia, że kiedy na szali leży ich**

**bezpieczeństwo i wydajność, to drugie ma pierwszeństwo? Wciąż jest silne**

przekonanie, że pielęgniarka służy, a nie pracuje. To się przekłada na wynagrodzenie - służbie zwyczajowo się nie płaciło lub płaciło mało, ale też na warunki pracy. Pamiętam, że gdy pojawiły się u nas pierwsze doniesienia o wirusie HIV, lekarze mieli prawo do ochrony, a pielęgniarkom, które przecież miały częstszy kontakt z zarażonymi, odmawiano się noszenia tych kosmicznych hełmów. Dziś każdy stomatolog, ba nawet świadoma kosmetyczka, nosi podczas wykonywania zabiegu przesłonę na twarzy. Jeśli pielęgniarkom zdarza się odmawiać wykonywania jakiejś czynności, to zwykle z powodu troski o pacjenta, gdy mają obawę, że zaszła pomyłka w zaordynowanych lekach lub że same ze zmęczenia mogły niedokładnie zrozumieć instrukcję, a nie z powodu obawy o własne bezpieczeństwo. Nie, to się chyba nie zdarza.

**Dyrektywa da im taką możliwość, bo p. 4 załącznika wyraźnie stwierdza „Każdy pracownik ma obowiązek w możliwie największym stopniu dbać o własne bezpieczeństwo i zdrowie oraz bezpieczeństwo i zdrowie innych osób, na które mają wpływ wykonywane przez niego czynności w miejscu pracy, stosownie do wtycznych otrzymanych w trakcie szkolenia oraz instrukcji dostarczonych przez pracodawcę”. Sądzi Pani, że będą chciały z tej możliwości korzystać? Tam, gdzie pracodawcy są świadomi kosztów, nie tylko tych krótkoterminowych, ale długofalowych, niezgłaszania zakłuć czy innych przypadków ekspozycji zawodowej (bo przecież zakłucia są tylko jednym z wielu czynników ryzyka zawodowego), pewnie tak się będzie działo. To, czy pielęgniarki będą korzystały z przysługujących im praw, zależy w dużym stopniu - o czym już mówiłam - od tego, jak do wdrażania dyrektywy podejda pracodawcy, i czy pod jej wpływem zmienią swoją postawę. Obserwując to, co się obecnie dzieje w wielu miejscach, ciśnie mi się na usta (być może kontrowersyjna) uwaga, że nawet dobry gospodarz lepiej traktuje psa, bo wie, że ten odpłaci mu**

się dobrym dozorem, niż niejeden pracodawca w sektorze medycznym zatrudniony u niego personel. Pozwolę też sobie zacytować znaną mi wiekową, emerytowaną pielęgniarkę: raz na jakiś czas pracodawca każe nam zrobić przegląd zdrowia, żeby sprawdzić, czy nadal może nas używać bez konsekwencji dla siebie.

**Czy jednak nie jest tak, że pielęgniarki - z powodów, które Pani wyluszczyła wyżej - nie są zbyt bierne? Przecież mogą, nie pojedynczo, ale jako związek zawodowy albo samorząd usiąść do rozmów z pracodawcą, by ustalić sensowny harmonogram zmian, jakie w myśl dyrektywy należy wprowadzić w danej placówce, by zwiększyć bezpieczeństwo pracy. Czy Izba ma jakiś pomysł, by je do takiej aktywności zachęcić?**

Planujemy wiele działań edukacyjnych, bo podstawą jest rzetelna wiedza. Nie czekając na wejście w życie Dyrektywy, zaczynamy w „Magazynie Pielęgniarki i Położnej” cykl artykułów poświęconych zwiększeniu bezpieczeństwa pracy, planujemy spotkania i konferencje bezpośrednio odnoszące się do zagrożeń związanych z wykonywaniem naszego zawodu, a także propagujących wiedzę dotyczącą tego, jakie skutki prawne oraz organizacyjne niesie ze sobą przyjęcie przez Polskę Dyrektywy, której p. 7 załącznika wręcz nakłada na przedstawicieli pracowników obowiązek współpracy z pracodawcą „na odpowiednim poziomie w celu eliminowania ryzyka i zapobiegania mu, ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracowników oraz tworzenia bezpiecznego środowiska pracy, konsultując się również w kwestii doboru i stosowania bezpieczne go sprzętu, określania najlepszych metod prowadzenia szkoleń oraz procesów związanych z przekazywaniem informacji i zwiększaniem świadomości”. Jako samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych na pewno będziemy aktywnie „przekazywać informacje i zwiększać świadomość”.

**Cieszę się, że magazyn będzie miał w tym swój udział.**

**Dziękuję za rozmowę.**



Przez najbliższy rok, w każdym numerze Magazynu Pielęgniarki i Położnej i na [www.nursing.com.pl](http://www.nursing.com.pl) eksperci będą Was informować o obowiązujących regulacjach prawnych związanych z ekspozycją zawodową, czynnikach ryzyka, profilaktyce, skutkach (także reakcji środowiska i społeczeństwa) na zakłucie i postępowaniu poekspozycyjnym. Poznać historie naszych koleżanek, które zmierzyły się z tym problemem.

Patronat merytoryczny nad kampanią edukacyjną dotyczącą zakłuć objęła:



Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych



Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie



Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa  
Epidemiologicznego



Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych



Partnerem Strategicznym jest Becton Dickinson

*Szanowne Panie/Panowie,*

Wspólnie z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych Zespół Serwisu [edukacjapacjenta.pl](http://edukacjapacjenta.pl) uruchamia od **01.10.2012r.** internetowy serwis edukacyjny pod adresem [www.edukacjapacjenta.pl](http://www.edukacjapacjenta.pl), którego adresatem są Pielęgniarki i Położne na co dzień edukujące pacjentów z zakresu **Pediiatrii** (m.in. szczepień, dermatologii, higieny i opieki nad noworodkiem, prawidłowego odżywiania dziecka itp.) na terenie całego kraju.

Podstawową funkcjonalnością serwisu [www.edukacjapacjenta.pl](http://www.edukacjapacjenta.pl) jest:

1. Bezpieczne logowanie za pomocą unikatowego loginu i hasła (indywidualnie przyznawane dla każdego Edukatora/Pielęgniarki/Położnej).
2. Szeroki dostęp dla zalogowanych Edukatorów (Pielęgniarki i Położnej) do oferowanych na rynku przez Firmy Farmaceutyczne i Towarzystwa Naukowe materiałów edukacyjnych, pomocy szkoleniowych, wyrobów medycznych (np.: glukometr) czy próbek produktów (np.: dermokosmetyków, odżywek dla dzieci itp.) – **całkowicie bezpłatnie**. Dzięki temu Edukator niezależnie od miejsca zamieszkania (miasto, wieś) czy możliwości uczestniczenia w szkoleniach ma stały dostęp do wiedzy, podstawowych materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych itp.
3. Możliwość komentarzy, ocen i porównania między sobą dostępnych na rynku materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych, co bezpośrednio wpłynie na aktywizację środowiska Pielęgniarek i Położnych w celu wymiany opinii i doświadczeń – **kluczowa zaleta dla rozwoju osób z różnym doświadczeniem, miejscem zamieszkania** (wieś, małe, średnie czy duże miasto), a dodatkowo wnioski i sugestie będą przekazywane autorom materiałów w celu poprawy ich jakości – **wzmocnienie roli Pielęgniarki i Położnej**
4. BOOT/Wirtualny Konsultant wyposażony w wiedzę medyczną z zakresu Pediiatrii (24/h wsparcie merytoryczne Pielęgniarki i Położnej np.: BOOT będzie posiadał wiedzę na temat „faktów i mitów” dotyczących szczepień oraz udzielał informacji gdzie i jak zgłaszać NOP – istotna korzyść z punktu widzenia negatywnego obrazu tworzonego przez działalność ruchów antyszczepiennych w Polsce i wiele innych...) Start planowany na 12.2012
5. Finalnie to poprawa jakości serwisu edukacyjnego skierowanego do pacjenta (Pielęgniarka i Położna wyposażona w odpowiednią wiedzę i materiały przygotowane zgodnie z sugestiami środowiska profesjonalistów - w tym własne – **jest równym partnerem lekarza w leczeniu i profilaktyce**).
6. Rośnie świadomość pacjentów na temat profilaktyki szczepień i wielu innych... Pacjent świadomy jest skuteczniej leczony, a odpowiednia profilaktyka zabezpiecza go w przyszłości przed poważnymi chorobami czy ich powikłaniami – bardzo drogimi w przypadku ich leczenia.

Serwis internetowy [www.edukacjapacjenta.pl](http://www.edukacjapacjenta.pl) oferuje dla Pielęgniarki i Położnej na początku z dziedziny:





- Pediatrii (m.in. szczepień, dermatologii, higieny i opieki nad noworodkiem, prawidłowego odżywiania dziecka itp.). dostęp do materiałów edukacyjnych, pomocy szkoleniowych, wyrobów medycznych czy próbek produktów – **całkowicie bezpłatnie**.
- Wirtualnego Konsultanta/BOOTA - wyposażonego w wiedzę medyczną z zakresu Pediatrii (24/h wsparcie merytoryczne Pielęgniarki i Położnej). Start planowany na 12.2012 – **całkowicie bezpłatnie**.
- Platformę e-learning – umożliwiającą korzystanie z oferty szkoleniowej z certyfikacją. Start planowany na Q1 2013 - **całkowicie bezpłatnie**.

Liczymy na Państwa zaangażowanie i odpowiedzialność które będą miały bezpośredni wpływ na zakres materiałów i pomocy szkoleniowych przekazywanych bezpłatnie poprzez serwis [www.edukacjapacjenta.pl](http://www.edukacjapacjenta.pl)

Pytania prosimy kierować pod adres: [info@ilcs.pl](mailto:info@ilcs.pl)

Z poważaniem  
Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych  
oraz Zespół Serwisu edukacyjnego

### Notatka z konferencji inaugurującej rozpoczęcie realizacji Projektu „Zapobieganie zakażeniom HCV”, która odbyła się w dniu 3 września 2012 roku

Projekt „Zapobieganie zakażeniom HCV” jest współfinansowany przez Szwajcarię w ramach szwajcarskiego programu współpracy z nowymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej.

Konferencję rozpoczął i prowadził Mirosław J. Wysocki, Dyrektor Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego Państwowego Zakładu Higieny, który wskazał na główne cele projektu: stworzenie podstaw do zaplanowania długofalowej strategii przeciwdziałania zakażeniom HCV i zwalczania wzw C w Polsce poprzez określenie sytuacji epidemiologicznej, ocenę ryzyka zakażeń w placówkach medycznych i sektorze usług o zwiększonym ryzyku transmisji zakażeń krwiopochodnych, przygotowanie założeń rutynowych badań diagnostycznych, zwłaszcza wśród użytkowników substancji psychoaktywnych, jak również opracowanie i przeprowadzenie programu edukacyjnego w zakresie społecznego uświadomienia problemu zakażeń HCV i zasad zapobiegania tym zakażeniom, ze szczególnym uwzględnieniem pracowników ochrony zdrowia.

Cały projekt będzie realizowany w latach 2012-2016 przez specjalistów z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego, we współpracy z Instytutem Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Uniwersytetem Medycznym w Lublinie i Głównym Inspektoratem Sanitarnym.

Projekt obejmuje pięć projektów składowych obejmujących wydzielone bloki tematyczne:

- 1) Projekt 1: „**Usprawnienie diagnostyki HCV, oszacowanie występowania HCV w populacji ogólnej oraz analiza czynników związanych z występowaniem HCV**”. Kierownik projektu 1 dr Magdalena Rosińska NIZP-PZH wskazała, iż 7 na 100 zakażonych wie, że są zakażeni. Podkreśliła, iż około 48 % zakażeń dochodzi w placówkach medycznych w wyniku zabiegów medycznych. Badania w kierunku HCV zostaną przeprowadzone w podstawowej opiece zdrowotnej wśród 20 tys. wylosowanych osób. Zamierzeniem tej części projektu jest m.in. dostarczenie ukierunkowanych informacji na temat występowania czynników ryzyka przeniesienia zakażeń krwiopochodnych w populacji ogólnej, poszerzenie wiedzy o epidemiologii HCV, która stwarza możliwość ukierunkowanych działań profilaktycznych.
- 2) Projekt 2: „**Opracowanie i weryfikacja programu zapobiegania HCV wśród użytkowników narkotyków dożylnych (IDU) i ocena potrzeb w zakresie profilaktyki HCV w tej grupie**”. Głównym celem projektu będzie zmniejszenie ryzyka zakażenia HCV w populacji iniekcyjnych użytkowników narkotyków (IDU), poprzez objęcie populacji IDU profilaktyką HCV opartą na zweryfikowanym doświadczeniu oraz zwiększenie możliwości instytucjonalnych reagowania na problem HCV wśród IDU.
- 3) Projekt 3: „**Pilotażowy program badania kobiet w ciąży w kierunku zakażeń HCV**”, będzie realizowany w województwach: mazowieckim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, świętokrzyskim i małopolskim. Celem projektu będzie usprawnienie profilaktyki wertykalnej transmisji zakażeń HCV oraz profilaktyki niekorzystnych następstw klinicznych zakażeń HCV u dzieci wertykalnie zakażonych HCV, poprzez ocenę zasadności i wykonalności rutynowych badań w kierunku HCV w grupie kobiet w ciąży, oszacowanie częstości występowania zakażeń HCV i czynników ryzyka na podstawie badań przeprowadzonych u kobiet w ciąży oraz zwiększenie wiedzy lekarzy ginekologów-położników i rodzinnych na temat zapobiegania wertykalnej transmisji HCV oraz postępowania z dzieckiem matki zakażonej.



- 4) Projekt 4: „Jakościowa ocena ryzyka zakażenia HCV w świetle stosowanych procedur medycznych w wybranych zakładach opieki zdrowotnej”. Głównymi celami projektu jest ustalenie procedur związanych z podwyższonym ryzykiem transmisji zakażenia HCV w placówkach ochrony zdrowia, modyfikacja zasad bezpieczeństwa pracy personelu medycznego, oraz procedur nadzoru i kontroli przeprowadzanych przez służby sanitarne w placówkach medycznych.
- 5) Projekt 5: „Edukacja pracowników wybranych zawodów zwiększonego ryzyka transmisji zakażeń krwiopochodnych i ogółu społeczeństwa w zakresie prewencji (HCV, HBV, HIV).” Będzie realizowany w latach 2013-2015, w 11 województwach zostaną przeprowadzone szkolenia dla pracowników sektora ochrony zdrowia, oraz dla pracowników poza sektorem medycznym np. w studiach tatuażu, salonach kosmetycznych. Celem projektu będzie także zwiększenie świadomości społeczeństwa w zakresie problemu wzv C i zakażeń HCV oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji społecznej osób zakażonych HCV.

**Wirusowe zapalenie wątroby typu C zostało uznane przez Światową Organizację Zdrowia za jedno z największych światowych zagrożeń epidemicznych. Ze względu na wieloletni bezobjawowy przebieg zakażenia HCV, chorobę określono mianem *cichej epidemii*. WHO wskazuje, że na świecie zakażonych jest co najmniej 170 mln ludzi (2,2 – 3% populacji światowej). W Polsce rozpowszechnienie aktywnych zakażeń HCV szacuje się na około 0,6%, co odpowiada 230 tys. osób zakażonych wirusem HCV i sytuuje Polskę wśród krajów europejskich o średnim współczynniku rozpowszechniania tego wirusa.**

Notatkę opracowała:  
Jolanta Kubajka-Piotrowska  
Dział merytoryczny w biurze NPiP

## NA CZYM POLEGA PROBLEM

### **Bakterie odporne na antybiotyki są stałym problemem występującym w szpitalach w całej Europie**

Występowanie bakterii opornych na antybiotyki stało się codziennym problemem szpitali w całej Europie. Niewłaściwe stosowanie antybiotyków może powodować infekcję bądź kolonizację pacjentów bakteriami opornymi na antybiotyki, takimi jak: *Staphylococcus aureus* (MRSA) opornymi na metycylinę, enterokokami (VRE) wankomycynoopornymi oraz wieloopornymi pałeczkami Gram-ujemnymi.

Niewłaściwe stosowanie antybiotyków wiąże się z podwyższoną częstością pojawiania się zakażeń *Clostridium difficile*.

Występowanie, selekcja oraz rozprzestrzenianie opornych bakterii stanowi zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów w szpitalach:

- Zakażenia wywołane bakteriami opornymi na antybiotyki powodują wzrost zachorowalności i śmiertelności pacjentów jak również wydłużenie okresu hospitalizacji.
- Oporność na antybiotyki często prowadzi do opóźnienia włączenia właściwej terapii antybiotykowej.
- Niewłaściwa bądź opóźniona terapia antybiotykowa u pacjentów z ciężkimi zakażeniami wiąże się z gorszymi wynikami leczenia oraz niejednokrotnie śmiercią pacjenta.
- Liczba antybiotyków będących w badaniach klinicznych jest niewielka i, jeśli oporność na antybiotyki będzie nadal wzrastać, nie będzie antybiotyków gwarantujących efektywną terapię.

#### **W jaki sposób stosowanie antybiotyków wiąże się z powyższym problemem?**

- Pacjenci hospitalizowani z dużym prawdopodobieństwem zostaną poddani terapii antybiotykowej, która w 50% przypadków może być nieskuteczna.
- Niewłaściwe stosowanie antybiotyków w szpitalach jest jednym z głównych czynników, powodujących powstawanie oporności na antybiotyki.
- Niewłaściwe stosowanie antybiotyków może przejawiać się w następujących działaniach:
  - Gdy antybiotyki przepisywane są na wyrost;
  - Gdy terapia antybiotykowa włączana jest zbyt późno u poważnie chorych pacjentów;
  - Gdy spektrum terapii antybiotykowej jest zbyt wąskie bądź zbyt szerokie;



- Gdy dawka antybiotyku jest zbyt niska bądź zbyt wysoka w porównaniu z dawką właściwą dla danego pacjenta;
- Gdy trwanie terapii antybiotykowej jest zbyt krótkie bądź zbyt długie;
- Gdy terapia antybiotykowa nie zmienia się na cedowaną wraz z dostępnością wyniku badania mikrobiologicznego.

#### **Dlaczego należy propagować rozważne stosowanie antybiotyków**

- Rozważne stosowanie antybiotyków może zapobiegać występowaniu oraz selekcji bakterii opornych na antybiotyki.
- Zmniejszenie zużycia antybiotyków prowadzi do ograniczenia zakażeń *Clostridium difficile*.

#### **W jaki sposób promować rozważne stosowanie antybiotyków?**

Wielorakie strategie takie jak edukacja, stosowanie rekomendacji terapeutycznych opartych na faktach naukowych (EBM) i polityki antybiotykowe, konsultowanie lekarzy specjalistów chorób zakaźnych, mikrobiologów lub farmaceutów, mogą skutkować prowadzeniu lepszej terapii antybiotykowej a tym samym zmniejszeniem oporności na antybiotyki.

- Monitorowanie oporności na antybiotyki oraz ich zużycia w szpitalach dostarczyło pożytecznych informacji przydatnych w empirycznej terapii antybiotykowej u ciężko chorych pacjentów.
- Właściwa profilaktyka antybiotykowa w chirurgii (odpowiedni czas rozpoczęcia oraz trwania kuracji) wiąże się z niższym ryzykiem zakażeń ran pooperacyjnych oraz niższym ryzykiem pojawienia się bakterii opornych na antybiotyki.
- Badania wskazują, iż w niektórych przypadkach można zalecić krótszy czas leczenia bez wpływu na wynik leczenia, co również wpływa na niższą frekwencję oporności na antybiotyki.
- Pobieranie próbek mikrobiologicznych przed rozpoczęciem empirycznej terapii antybiotykowej, monitorowanie wyników posiewów oraz uaktualnianie leczenia antybiotykami w oparciu o wyniki badań stanowią czynniki zmniejszające nadmierne i niewłaściwe stosowanie antybiotyków.



## **Rekomendacje polskich ekspertów ws. szczepień przeciw grypie 2012/2013**

*Szanowni Państwo,*

W czerwcu br. z inicjatywy Krajowego Ośrodka ds. Grypy NIZP-PZH oraz Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej zawiązała się Grupa Robocza ds. Grypy, której celem jest wypracowanie w dłuższej perspektywie czasowej Narodowej Strategii Zwalczenia Grypy.

11 czerwca w Warszawie odbyła się debata ekspercka FLU FORUM, podczas której uczestnicy zapoznali się z diagnozą sytuacji w Polsce przygotowaną przez firmę doradczą Ernst & Young, a następnie przedyskutowali projekt Narodowej Strategii Zwalczenia Grypy, który obejmuje zarządzanie programem szczepień, edukację i zaangażowanie personelu medycznego, skuteczną kampanię informacyjną skierowaną do społeczeństwa oraz poprawienie dostępu do szczepień.

W imieniu Grupy Roboczej ds. Grypy w załączeniu pozwalam sobie przesłać rekomendacje polskich ekspertów w sprawie szczepień przeciw grypie na sezon epidemiczny 2012/2013 z ogromną prośbą o ich jak najszersze upowszechnienie w środowisku medycznym.

Z wyrazami szacunku,  
Klaudia Mencina



## Szkolenie „Pierwszy kontakt matki z dzieckiem po porodzie w praktyce szpitalnej”

14 września 2012r. w Grabanowie odbyło się Szkolenie „Pierwszy kontakt matki z dzieckiem po porodzie w praktyce szpitalnej” organizowane przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej. Szkolenie kierowane do położnych i pielęgniarek dotyczące realizacji jednego z zaleceń Standardu Opieki Okołoporodowej pierwszego kontaktu matki z dzieckiem po porodzie.

Szkolenie było prowadzone w formie warsztatowej przez **dr n. med. Barbarę Baranowską** - położna, embriolog, adiunkt w Zakładzie Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Zainteresowania psychologia prenatalna i jakość narodzin. Doświadczenie w nauczaniu dorosłych. Członek komisji oceniających Szpitale w ramach Inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” i **mgr Elżbietę Gryczko** - położna, oddziałowa w Szpitalu Powiatowym w Wołominie, wyróżnionego w Akcji „Rodzić po Ludzku”, posiadającego tytuł „Szpitala Przyjaznego Dziecku”. Posiadająca wieloletnie doświadczenie zarządzania personelem położniczym i prowadzenia porodów naturalnych, także do wody. Doświadczenie w nauczaniu dorosłych.

Podczas szkolenia uczestnicy mieli również okazję praktycznie przeprowadzić kontakt „skóra do skóry” w przypadku przyjęcia porodu w pozycji wertykalnej.

Uczestnicy szkolenia otrzymali certyfikaty i materiały dydaktyczne.

Standard Opieki Okołoporodowej mówi :

- Bezpośrednio po urodzeniu należy umożliwić dziecku nieprzerwany kontakt z matką „skóra do skóry”, który będzie trwał co najmniej dwie godziny po porodzie. W tym czasie należy zachęcać matkę do rozpoznania momentu, kiedy dziecko jest gotowe do ssania piersi, a także obserwować zarówno matkę jak i dziecko, kontrolując cechy dobrego przystawiania i pozycji przy piersi, a w razie potrzeby zaoferować pomoc. Kontakt ten może być przerwany w sytuacji wystąpienia zagrożenia życia lub zdrowia matki lub noworodka, odnotowanego w dokumentacji medycznej.

- Należy dokonać wstępnej oceny stanu noworodka na podstawie skali Apgar. Ocena ta może być dokonana na brzuchu matki, jeżeli nie występują przeciwwskazania zdrowotne.

Jak zrealizować powyższe zalecenia. Co to jest pierwszy kontakt „skóra do skóry”?

Dla prawidłowego rozwoju dziecka, zwłaszcza w pierwszych dniach i tygodniach życia, szczególne znaczenie ma stała obecność matki-jej ciepło i dotyk oraz jej pokarm. Te trzy niezbędne elementy zapewniają dziecku karmienie piersią i kontakt z ciałem matki(skóra do skóry). Pierwszy, wczesny, prawidłowo przeprowadzony kontakt „skóra do skóry”-STS(ang. Skin-to-Skin), określany też jako kontakt „ciało do ciała”, polega na ułożeniu nagiego noworodka bezpośrednio po narodzinach, jeszcze przed przecięciem pępowiny, na nagim ciele matki.

Noworodek jest delikatnie osuszany i chroniony przed utratą ciepła ogrzanyymi wcześniej pieluszkami, położonymi na plecach i główce. Ocena w skali Apgar, wstępne badanie i odpiętnienie odbywa się na brzuchu/klatce piersiowej matki.

Wszystkie rutynowe procedury, które nie ratują życia powinny być odłożone do zakończenia pierwszego kontaktu.

Zaopatrzenie pępowiny wykonywane jest z przestrzeganiem zasad aseptyki. W trakcie ewentualnych zabiegów po porodzie u matki np.: szycia krocza personel medyczny pomaga matce trzymać okrytego noworodka w kontakcie „ciało do ciała”, obserwuje jego zachowanie, zabarwienie skóry, oddychanie. Gdy dziecko jest gotowe dokarmienia-co manifestuje ruchami głowy w kierunku brodawki sutkowej, odruchem szukania i ssania np. piąstki,

personel asystuje matce w przyjęciu prawidłowej, wygodnej pozycji i przystawieniu dziecka do piersi.

Zalecaną formą pomocy (jeśli tylko jest to możliwe) powinna być technika „hands-off” (czyli bez użycia rąk”, polegająca na poradach słownych, pomagających mamie w samodzielnym ułożeniu i nakarmieniu dziecka.

Co daje STS ? Dzieci, które bezpośrednio po porodzie umieszczano na ciele matki, szybciej osiągały właściwą termoregulację, adaptację układu oddechowego (w tym właściwe wysycenie hemoglobiny tlenem), w późniejszym okresie rzadziej występowały u nich epizody bezdechów i bradykardii, charakteryzowały się także lepszym przyrostem masy ciała, a w konsekwencji były szybciej wypisywane ze szpitala.

Kontakt skóra do skóry daje matce poczucie spełnionego macierzyństwa, a dziecku-uczucie bezpieczeństwa. Poza aspektami psychologicznymi kontakt ten ma również znaczenie medyczne, prowadzi bowiem do wytworzenia prawidłowej flory bakteryjnej kolonizującej skórę, jamę nosową, a także przewód pokarmowy noworodka.

Opuszczanie środowiska wewnątrzmacicznego jest dla każdego noworodka dużym stresem, a rolą matki jest ograniczenie w miarę możliwości tego stresu i ułatwienie dziecku adaptacji dożycia poza macicznego.

Panuje powszechne przekonanie, że im kontakt skóra do skóry jest wcześniejszy, tym więz obu istot, matki i dziecka, jest mocniejsza i trwalsza.

Prawidłowy pierwszy kontakt połączony z aktywnym ssaniem piersi to dobry początek laktacji, rokujący jej pomyślny przebieg. To właściwe wydzielanie hormonów matki takich jak prolaktyna, oxytocyna. Hormony wydzielane podczas pierwszego karmienia wpływają na obkurczanie się macicy co jest fizjologicznie korzystnym zjawiskiem, redukującym ilość krwi traczonej przez mamę przy porodzie.

mgr Barbara Cydejko  
Wiceprzewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej



## SZANOWNE KOLEŻANKI I KOLEDZY!

Już drugi rok z rzędu w WSzS w Białej Podlaskiej odbył się **Konkurs na Najlepszą Pielęgniarkę/ Pielęgniarza/ Położną WSzS w Białej Podlaskiej.**

Celem Konkursu było wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek/położnych liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, wysokiej kulturze osobistej, zaangażowaniu w pracę i opiekę nad pacjentami.

Do pierwszego etapu Konkursu zgłoszonych zostało 41 pielęgniarek i położnych. Zgłoszeń dokonywali pacjenci, przełożeni i współpracownicy. Do drugiego etapu konkursu t.j. egzaminu składającego się z 50 pytań przystąpiły ostatecznie 23 osoby.

Laureatami Konkursu na Najlepszą Pielęgniarkę/ Pielęgniarza/ Położną WSzS w Białej Podlaskiej 2012 zostali:

- **Krzysztof Lewicki (pielęgniarsz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego)– I nagroda**
- **Helena Teodorowicz – (pielęgniarka Oddziału Urazowo-Ortopedycznego) - II nagroda**
- **Elżbieta Różanowska - Jencz – (położna Oddziału Ginekologiczno-Położniczego) - III nagroda**

Oficjalne nadanie tytułu Najlepsza Pielęgniarka/Pielęgniarsz/Położna WSzS w Białej Podlaskiej 2012, wręczenie nagród pieniężnych oraz pamiątkowych dyplomów dla wszystkich uczestników konkursu, odbyło się podczas pikniku pracowniczego 13.09.2012r.



**Wszystkim uczestnikom Konkursu, a w szczególności Laureatom składamy serdeczne gratulacje!!!**

mgr Cecylia Kielczewska  
Naczelnia Pielęgniarka  
WSzS w Białej Podlaskiej

---

## Interpelacja nr 5011 do ministra zdrowia w sprawie objęcia pielęgniarek opieką psychologiczną i psychoterapeutyczną

Pielęgniarki pracujące na niektórych oddziałach szpitalnych narażone są przez cały czas swej pracy zawodowej na oddziaływanie specyficznego stresu, którego źródło stanowi drugi człowiek. Obcowanie z takimi zjawiskami jak nieuleczalna choroba, kalectwo, śmierć w znaczący sposób negatywnie oddziałuje na psychikę pielęgniarek. Wymienia się w tym kontekście takie czynniki, jak: ogromna odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjentów, wynikająca stąd konieczność zachowania stałej czujności oraz związana z tym organizacja pracy - nierytmiczność, zmianowość i praca w porze nocnej. Dodać tu należy relacje społeczne - kontakty z pacjentem, z jego rodziną.

Lista czynników wywołujących stres zawodowy u pielęgniarek jest jednak rozwijana i nie ogranicza się wyłącznie do relacji z drugą osobą. Wymienić trzeba także czynniki związane z miejscem pracy, takie jak: nadmierne obciążenie fizyczne, jeszcze zwiększane poprzez utrudnienia w miejscu pracy.

Badania wskazują, że w opinii samych pielęgniarek stres ma znaczący wpływ zarówno na ich życie zawodowe, jak i rodzinne. Przede wszystkim stres w dużym stopniu obniża motywację do pracy oraz wywołuje zniecierpliwienie i rozdrażnienie. Przedłużający się stres jest źródłem tzw. zespołu wypalenia zawodowego. Jednym z czynników zapobiegających i przeciwdziałających syndromowi wypalenia jest opieka psychologiczna. Wydaje się zatem zasadne otoczenie wsparciem psychologa potrzebujących tego pielęgniarek.

Pytanie: Czy w związku ze specyfiką pracy szpitalnych pielęgniarek, kontaktem z ludzkim cierpieniem i śmiercią ministerstwo rozważa wprowadzenie możliwości objęcia niektórych pielęgniarek dobrowolną opieką psychologiczną i psychoterapeutyczną oferowaną na wzór opieki psychologicznej, którą objęci są pracownicy Policji?

Z wyrazami szacunku

Poseł Marek Polak

Andrychów, dnia 22 maja 2012 r.



## **Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia - z upoważnienia ministra - na interpelację nr 5011 w sprawie objęcia pielęgniarek opieką psychologiczną i psychoterapeutyczną**

Szanowna Pani Marszałek! W związku z interpelacją pana posła Marka Polaka otrzymaną przy piśmie (znak: SPS-023-5011/12) z dnia 24 maja 2012 r. w sprawie objęcia pielęgniarek opieką psychologiczną i psychoterapeutyczną uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji w przedmiotowej sprawie.

Opieka psychologiczna i psychoterapeutyczna, jak też kwestia dostępu do niej, zostały uregulowane i odnoszą się do wszystkich ubezpieczonych. Osoby, które mają trudności w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym czy też osobistym mogą uzyskać takie świadczenie na zasadach obowiązujących wszystkich ubezpieczonych, w tym także pielęgniarki i położne. Zgodnie z art. 57 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, za wyjątkiem świadczeń m.in. psychiatry. Zatem do psychologa wymagane jest skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, np. lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, zaś do lekarza psychiatry nie jest wymagane skierowanie.

Jednocześnie uprzejmie dziękuję za dostrzeżenie problemu i przesłane sugestie dotyczące obszaru pomocy psychologicznej i psychoterapeutycznej dla pielęgniarek i położnych, który powinien być potraktowany w sposób szczególny ze względu na rodzaj wykonywanej pracy.

W opinii Ministerstwa Zdrowia zasadne wydaje się dokonanie dokładniejszej analizy przedmiotowego zagadnienia i podjęcie próby zdiagnozowania tych obszarów oraz umożliwienia stworzenia warunków wsparcia pielęgniarek i położnych, które są narażone nieustannie na stres w trakcie wykonywania pracy zawodowej, w wiedzy w tym zakresie.

Obecnie trwają prace nad zmianą systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, w ramach których będzie można dokonać analizy i rozważyć włączenie do programów kształcenia, które będą opracowywane, treści związanych z radzeniem sobie ze stresem wynikającym z pracy zawodowej w wybranych obszarach pielęgniarstwa.

Dodatkowo Ministerstwo Zdrowia mając na uwadze wagę przedstawionego w interpelacji problemu, informuje, iż rozważy możliwość zgłoszenia do realizacji w nowej perspektywie finansowej na lata 2014-2020 specyficznego rodzaju szkoleń dofinansowanych ze środków Unii Europejskiej mających na celu przeprowadzenie dla kadry medycznej kursów z zakresu metod radzenia sobie ze stresem zawodowym wywołanym różnymi czynnikami. Projekt ten dedykowany byłby dla pielęgniarek i położnych, a wsparciem w ramach projektu objęte mogłyby być osoby udzielające świadczeń w ramach powszechnego systemu ubezpieczenia zdrowotnego, które narażone są przez cały czas swojej pracy zawodowej na oddziaływanie stresu związanego z takimi zjawiskami jak nieuleczalna choroba, kalectwo czy śmierć, będącego przyczyną tzw. wypalenia zawodowego. W szkoleniach tych mogłyby brać udział pielęgniarki i położne, które z własnej inicjatywy wyrażą chęć udziału w projekcie.

W opinii Ministerstwa Zdrowia realizacja takiego projektu może zdecydowanie wpłynąć na zmniejszenie tzw. wypalenia zawodowego w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych i odchodzenia z zawodu. Bardzo wiele osób z tych grup zawodowych, które nie znają skutecznych metod radzenia sobie ze stresem przebywa na długotrwałych zwolnieniach lekarskich lub nawet przerywa pracę zawodową. Warto podkreślić, że nabycie umiejętności radzenia sobie ze stresem związanym z wykonywanym zawodem dodatkowo niewątpliwie wzmocni motywację zawodową personelu pielęgniarstwa i położniczego, przełoży się na większe zaangażowanie w pracę i wykonywane obowiązki oraz wydłuży aktywność zawodową do przewidywanego wieku emerytalnego pielęgniarek i położnych.

Jednocześnie uprzejmie informuję, iż Ministerstwo Zdrowia wystąpiło do Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych o ocenę i stanowisko w sprawie objęcia pielęgniarek i położnych opieką psychologiczną i psychoterapeutyczną, a następnie po całościowej diagnozie tego zagadnienia podejmie ewentualne działania w tym zakresie.

Z poważaniem  
Podsekretarz stanu  
Aleksander Sopliński  
Warszawa, dnia 18 czerwca 2012 r.

**Informacja prasowa – Światowy Dzień Serca**

**MINISTERSTWO ZDROWIA  
BIURO PRASY I PROMOCJI  
Warszawa, 27 września 2012 r.**

## **Informacja prasowa – Światowy Dzień Serca**

Choroby układu krążenia pozostają niezmiennie od ponad 50 lat najważniejszą przyczyną umieralności mieszkańców Polski. W roku 2009 ok. 45% zgonów spowodowanych było chorobami układu krążenia. W 2009 roku z powodu chorób serca i naczyń zmarło prawie 178 tys. Polaków, w tym 83.613 mężczyzn i 94.352 kobiet. Najważniejszymi przyczynami umieralności spośród chorób układu krążenia (ChUK) w Polsce pozostaje niezmiennie choroba niedokrwienna serca i choroby naczyń mózgowych. Zgony z powodu tych dwóch grup chorób stanowią prawie 50% zgonów z powodu ChUK wśród mężczyzn oraz 44% wśród kobiet. Te grupy chorób dominują także jako przyczyny umieralności przedwczesnej (w wieku 25-64) z powodu ChUK zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Wśród innych najbardziej rozpowszechnionych przyczyn umieralności z powodu ChUK w Polsce należy wymienić miażdżycę, niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze oraz zgony nagłe.

Niekorzystny trend epidemiologiczny wzrostu umieralności z powodu ChUK udało się zatrzymać na początku lat 90-tych. Od roku 1991 aż do połowy pierwszej dekady XXI wieku obserwowano systematyczny spadek liczby zgonów z powodu chorób serca i naczyń. Tempo spadku wskaźników umieralności z powodu chorób serca i naczyń w Polsce na przełomie XX i XXI wieku było bardzo szybkie i zjawisko to zostało dostrzeżone. Aktualnie wskaźniki umieralności z powodu ChUK, a zwłaszcza wieloletnie trendy zmian w Polsce są bardziej korzystne niż w większości krajów Europy Środkowej i Wschodniej. Redukcja umieralności z powodu ChUK była najważniejszym czynnikiem, który spowodował wyraźne wydłużenie średniej długości życia społeczeństwa polskiego w latach 1991-2005.

Należy podkreślić, iż choroby układu krążenia są zaliczane do chorób cywilizacyjnych, których leczenie oraz zapobieganie jest długotrwałym procesem. Wyróżnić można kilka czynników ryzyka, których znaczenie nie budzi wątpliwości. Należą do nich między innymi palenie papierosów, nieprawidłowa dieta, nadmierne spożywanie alkoholu, otyłość, mała aktywność fizyczna. Te czynniki według szacunków WHO dla roku 2002 były odpowiedzialne w Polsce za ok. 55% zgonów i prawie 40% utraconych lat życia przeżytego w zdrowiu.

Z analiz ekspertów WHO wynika, że ok. 80% przypadków chorób serca, udarów mózgu oraz cukrzycy typu II, a także ok. 40% nowotworów można uniknąć, o ile uda się wyeliminować najważniejsze czynniki ryzyka. Efektywne działania pozwolą zmniejszyć nie tylko umieralność, ale także ograniczyć chorobowość, niepełnosprawność i poprawić jakość życia.

Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD

W Polsce działania w kierunku ograniczania skutków chorób układu sercowo-naczyniowego podejmowane były już od lat 70 ubiegłego wieku. Sytuacja epidemiologiczna oraz wynikające stąd potrzeby zdrowotne spowodowały, że w latach 1993-2001 Ministerstwo Zdrowia umożliwiło realizację Narodowego Planu Ochrony Serca, natomiast w roku 2002

z grupą ekspertów przygotowało, a od roku 2003 wdrożyło Narodowy Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego – POLKARD. Program ten realizowany był dotąd w czterech edycjach (2003-2005, 2006-2008 i 2009, 2010-2012). W latach 2010-2012 na jego realizację przeznaczono środki w łącznej wysokości 80 260 631 zł.

Realizacja „Narodowego Programu Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego na lata 2010 – 2012 POLKARD” ma na celu przyczynienie się do zmniejszenia występujących różnic w dostępie pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej spowodowanych uwarunkowaniami sprzętowymi, co w dłuższej perspektywie czasowej może przyczynić się również do zmniejszenia zachorowalności i umieralności na choroby układu krążenia, a także ograniczenia skutków ekonomicznych niepełnosprawności i przedwczesnej umieralności.

Głównym celem programu zdrowotnego pn.: „Narodowy Program Wyrównywania Dostępności do Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD” jest wsparcie podmiotów wykonujących działalność leczniczą poprzez działania na rzecz wyrównywania dysproporcji – uwarunkowanych bazą sprzętową – w dostępie pacjentów do wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych m.in. w dziedzinie kardiologii, kardiochirurgii, neurologii, rehabilitacji neurologicznej, chirurgii naczyniowej.



Cel programu realizowany jest poprzez doposażanie i wymianę wyeksploatowanego sprzętu medycznego znajdującego się w jednostkach zajmujących się diagnostyką i leczeniem chorób układu sercowo-naczyniowego, a także poprzez podejmowanie działań edukacyjnych skierowanych do całego społeczeństwa ukierunkowanych na zwiększenie świadomości i wiedzy na temat czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego, zwłaszcza tych czynników, którym można skutecznie przeciwdziałać, a więc czynników zależnych od prowadzonego stylu życia.

W ramach przedmiotowego programu wyłoniono w roku 2010 – 153 realizatorów i przeznaczono środki na jego realizację w wysokości 26 350 tys zł; w 2011 r. wyłoniono 153 realizatorów i przeznaczono środki na realizację zadań w programie w wysokości 31 743,631 zł, a w 2012 wyłoniono 150 realizatorów i przeznaczono środki w wysokości 22 167 tys zł. **Realizowane były zadania z następujących dziedzin:**

**1. Kardiologia i angiologia interwencyjna**

1.1. Wyposażenie hybrydowej sali zabiegowej – w 2012 r. 3 sale dedykowana ośrodkom kardiologii dziecięcej.

**2. Niewydolność serca**

2.1. Zakup średniej klasy aparatów do echokardiografii dla ośrodków wojewódzkich i powiatowych z wyłączeniem jednostek akademickich i instytutów badawczych.

**3. Kardiochirurgia**

3.1. Zakup sprzętu i aparatury medycznej dla funkcjonujących oddziałów i klinik kardiochirurgii, ze szczególnym uwzględnieniem oddziałów intensywnej terapii pooperacyjnej.

**4. Kardiologia dziecięca**

4.1. Zakup sprzętu i aparatury dla ośrodków kardiologii dziecięcej.

**5. Chirurgia naczyniowa**

5.1. Zakup średniej klasy aparatów do USG Doppler Duplex naczyń obwodowych

**6. Neurologia**

6.1. Zakup aparatury medycznej dla oddziałów udarowych. 6.2. Zakup aparatury medycznej dla oddziałów rehabilitacji pacjentów po udarze mózgu.

**7. Rehabilitacja w kardiologii**

7.1. Zakup aparatury dla oddziałów prowadzących rehabilitację kardiologiczną.

**8. Elektroterapia**

8.1. Zakup sprzętu – elektrofizjologia. Modernizacja lub zakup aparatury o wysokich jednostkowych kosztach do pracowni elektrofizjologii dla poprawy bazy sprzętowej do stosowania nowoczesnych metod ablacji w leczeniu zaburzeń rytmu serca oraz zastosowania stymulacji resynchronizującej w leczeniu niewydolności serca.

**9. Profilaktyka i promocja**

9.1. Promocja zdrowego trybu życia – ogólnopolskie działania informacyjno-edukacyjne mające na celu zwiększenie zainteresowania społeczeństwa możliwością unikania czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego.

**10. Analizy i epidemiologia**

10.1. Działania analityczne podsumowujące realizację Programu, w tym mające posłużyć za bazę epidemiologiczną i statystyczną do opracowania kolejnej edycji Programu.

Źródło:

<http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q101&ms=&ml=pl&mi=&mx=0&mt=&my=0&ma=030800>







## Standard opieki okołoporodowej

*W poprzednim numerze biuletynu zamieściliśmy fragment standardu dotyczący opieki nad noworodkiem i zabiegów resuscytacyjnych u noworodków (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2010 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porożenia oraz opieki nad noworodkiem. Dz. U. Nr 187 poz. 1259).*

*Zgodnie z zapowiedzią prezentujemy kolejne rozdziały - połóg (rozdział XIV), zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania (rozdział II), identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych (rozdział III).*

### I. Połóg

1. Położnicy i jej dziecku należy zapewnić ciągłą profesjonalną opiekę w miejscu zamieszkania albo pobytu.
2. Opieka nad położnicą obejmuje w szczególności ocenę:
  - 1) stanu ogólnego położnicy;
  - 2) stanu położniczego: inwolucji mięśnia macicy (badanie wysokości dna macicy), ilości i jakości odchodów połogowych, gojenia się rany krocza, stanu gruczołów piersiowych i brodawek;
  - 3) laktacji;
  - 4) czynności pęcherza moczowego i jelit;
  - 5) higieny ciała;
  - 6) stanu psychicznego położnicy;
  - 7) relacji rodzinnych i wydolności opiekuńczej rodziny.
3. Położnicy zapewnia się poradnictwo laktacyjne.
4. Położnicy należy zapewnić pomoc psychologiczną w sytuacji niepowodzeń położniczych lub w przypadku urodzenia noworodka o bardzo małej masie urodzeniowej, skrajnie niedojrzałego lub z wadą wrodzoną.
5. Opieka nad noworodkiem obejmuje w szczególności ocenę:
  - 1) stanu ogólnego noworodka (ciepłota ciała, masa ciała, czynność serca, czynność oddechowa, oddawanie moczu i stolca);
  - 2) obecności odruchów noworodkowych;
  - 3) stanu skóry (w szczególności: zażółcenie powłok skórnych, zaczerwienienie — rumień, odparzenia, wyprzenia, potówki, wysypka, ciemieniucha, zasinienie, otarcia, zadrapania, wybroczyny);
  - 4) odżywiania — określenie rodzaju pokarmu (karmienie naturalne, sztuczne, mieszane), techniki i sposobu karmienia, dopajania oraz objawów zaburzeń jelitowych (ulewanie pokarmu, kolka jelitowa);
  - 5) oczu (obrząk powiek, łzawienie, obecność śluzu, ropy), nosa (wydzielina) i jamy ustnej (pleśniawki);
  - 6) zachowania się dziecka (sen, aktywność ruchowa, płacz);
  - 7) sposobu zapewniania higieny ciała (kąpiel, toaleta, przewijanie i zmiana pieluszek, ubranie);
  - 8) stanu kikutu pępownicy (wilgotny, ropiejący, suchy) i dna pępka (suche, wilgotne, ropiejące, ziarninujące, stan zapalny okołopępkowy, przepuklina);
  - 9) higieny pomieszczenia, w którym przebywa noworodek;
  - 10) wykonania badań przesiewowych oraz szczepień zgodnie z odrębnymi przepisami.
6. Wyniki ocen położnicy i noworodka określonych w ust. 2 i 5 odnotowuje się w dokumentacji medycznej.
7. Opieka nad położnicą w domu powinna być realizowana według indywidualnego planu opieki, modyfikowanego stanem położnicy i noworodka oraz sytuacją w środowisku domowym.
8. Zakład opieki zdrowotnej sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej rodzinnej, wskazanej przez przedstawicieli ustawowych noworodka; zgłoszenie zawiera imię i nazwisko matki, numer PESEL matki, godzinę i datę urodzenia dziecka, płeć dziecka oraz dokładny adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie porożenia.
9. Położna wykonuje nie mniej niż 4 wizyty (pierwsza wizyta odbywa się nie później niż w ciągu 48 godzin od otrzymania przez położną zgłoszenia urodzenia dziecka).
10. Planując i realizując indywidualny plan opieki, położna kieruje się dobrem położnicy i jej dziecka, poszanowaniem ich podmiotowości i godności osobistej.
11. Podczas wizyt położna w szczególności:
  - 1) ocenia stan zdrowia położnicy i noworodka;
  - 2) obserwuje i ocenia rozwój fizyczny dziecka oraz przyrost masy ciała;
  - 3) udziela rad i wskazówek na temat opieki nad noworodkiem i jego pielęgnacji;
  - 4) ocenia, w jakim stopniu położnica stosuje się do zaleceń położnej dotyczących opieki i pielęgnacji noworodka;



- 5) ocenia możliwości udzielania pomocy i wsparcia dla położnicy ze strony osoby bliskiej;
- 6) ocenia relacje w rodzinie, interweniuje w przypadku zaobserwowania przemocy lub innych występujących nieprawidłowości;
- 7) wspiera w sytuacjach trudnych;
- 8) ustala sposób żywienia noworodka ze szczególnym zwróceniem uwagi na celowość karmienia piersią, pomaga położnicy rozwiązywać problemy dotyczące karmienia piersią;
- 9) pomaga w rozwiązywaniu problemów związanych z laktacją;
- 10) edukuje w zakresie profilaktyki przeciwkrzywiczej i przeciwkrwotocznej;
- 11) informuje o obowiązku zgłaszania się z dzieckiem na szczepienia ochronne i badania profilaktyczne;
- 12) informuje o potrzebie odbycia wizyty u lekarza ginekologa w 6. tygodniu połogu;
- 13) udziela wskazówek na temat zdrowego stylu życia;
- 14) udziela porad na temat minimalizowania stresu i radzenia sobie ze stresem;
- 15) prowadzi edukację zdrowotną, ze szczególnym uwzględnieniem: wpływu palenia tytoniu na zdrowie, profilaktyki raka piersi i raka szyjki macicy, metod planowania rodziny, higieny i trybu życia w połogu, diety matki karmiącej, karmienia piersią, rozwiązywania problemów związanych z laktacją i zapobiegania tym problemom, pielęgnacji rany krocza oraz pielęgnacji skóry dziecka;
- 16) realizuje samodzielnie świadczenia zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze i ewentualnie rehabilitacyjne, wynikające z planu opieki nad położnicą i noworodkiem;
- 17) zdejmuje szwy z krocza;
- 18) realizuje działania pielęgnacyjno-opiekuńcze wynikające z planu opieki;
- 19) wykonuje czynności diagnostyczne, lecznicze i rehabilitacyjne zlecone przez lekarza;
- 20) współpracuje w realizacji opieki z położnicą, jej rodziną i zespołem terapeutycznym;
- 21) motywuje do prowadzenia gimnastyki, udziela instruktażu odnośnie do kinezyterapii w połogu jako metody zapobiegania nietrzymaniu moczu;
- 22) udziela instruktażu w zakresie możliwych technik kąpieli noworodka oraz pielęgnowania skóry, kikutu pępownicy i dna pępka;
- 23) udziela informacji na temat problemów okresu noworodkowego i okresu połogu, sposobów zapobiegania im oraz zasad postępowania w przypadku ich wystąpienia;
- 24) udziela osobie bliskiej informacji na temat zmian fizycznych i reakcji emocjonalnych zachodzących w połogu i przygotowuje do udzielenia pomocy i wsparcia położnicy; wskazuje instytucje, w których może uzyskać stosowną pomoc.

12. W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych, których rozwiązanie wykracza poza zakres kompetencji położnej, przekazuje ona położnicy informacje o potrzebie interwencji lekarskiej, równocześnie informując o tym fakcie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

13. Po osiągnięciu przez dziecko 2 miesięcy życia położna przekazuje opiekę nad nim pielęgniarkie podstawowej opieki zdrowotnej.

## **II. Zalecany zakres świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży, wraz z okresami ich przeprowadzania.**

<b>Termin badania</b>	<b>Świadczenia profilaktyczne wykonywane przez lekarza lub położną i działania w zakresie promocji zdrowia</b>	<b>Badania diagnostyczne i konsultacje medyczne</b>
<b>Do 10 tyg. ciąży</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie we wzroku i zestawione.</li> <li>3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>4. Badanie gruczołów sutkowych.</li> <li>5. Określenie wzrostu i masy ciała.</li> <li>6. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.</li> <li>8. Przekazanie informacji o możliwości wykonania badań w kierunku wad uwarunkowanych genetycznie.</li> <li>9. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grupa krwi i Rh.</li> <li>2. Przeciwciała odpornościowe.</li> <li>3. Morfologia krwi.</li> <li>4. Badanie ogólne moczu.</li> <li>5. Badanie cytologiczne.</li> <li>6. Badanie czystości pochwy.</li> <li>7. Badanie stężenia glukozy we krwi na czczo.</li> <li>8. VDRL.</li> <li>9. Badanie stomatologiczne, uwzględniające ocenę stanu zdrowia jamy ustnej, określenie potrzeb profilaktyczno-leczniczych i ustalenie planu leczenia.</li> <li>10. Badanie HIV i HCV.</li> <li>11. Badanie w kierunku toksoplazmozy (IgG, IgM) i różyczki.</li> </ol>

11–14 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie we wzorniku i zestawione.</li> <li>3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>4. Pomiar masy ciała.</li> <li>5. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>6. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.</li> <li>7. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ultrasonograficzne.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> <li>3. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.</li> </ol>
15–20 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie we wzorniku i zestawione.</li> <li>3. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>4. Pomiar masy ciała.</li> <li>5. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>6. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> <li>3. Badanie czystości pochwy.</li> <li>4. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.</li> </ol>
21–26 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie we wzorniku i zestawione.</li> <li>3. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>5. Pomiar masy ciała.</li> <li>6. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>7. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia jamy ustnej.</li> <li>8. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej.</li> <li>9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie stężenia glukozy we krwi po doustnym podaniu 75 g glukozy (w 24-28 tyg. ciąży) - dwukrotne oznaczenie stężenia glukozy: przed podaniem glukozy (na czczo) oraz po 2 godz. od podania glukozy.</li> <li>2. Badanie ultrasonograficzne.</li> <li>3. Badanie ogólne moczu.</li> <li>4. Przeciwciała anti-Rh u kobiet z Rh (-).</li> <li>5. U kobiet z ujemnym wynikiem w I trym. - badanie w kierunku toksoplazmozy.</li> <li>6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.</li> </ol>
27–32 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie we wzorniku i zestawione.</li> <li>3. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>4. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>5. Pomiar masy ciała.</li> <li>6. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>7. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> <li>8. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> <li>3. Przeciwciała odpornościowe.</li> <li>4. Badanie ultrasonograficzne.</li> <li>5. W przypadku występowania wskazań - podanie globuliny anti-D (28-30 tydz. ciąży).</li> <li>6. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.</li> </ol>
33–37 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie położnicze.</li> <li>3. Ocena wymiarów miednicy.</li> <li>4. Badanie we wzorniku i zestawione.</li> <li>5. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>7. Ocena aktywności płodu.</li> <li>8. Badanie gruczołów sutkowych.</li> <li>9. Pomiar masy ciała.</li> <li>10. Kontrola stanu zdrowia jamy ustnej.</li> <li>11. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>12. Propagowanie zdrowego stylu życia, w tym zdrowia j. ustnej.</li> <li>13. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.</li> <li>14. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Morfologia krwi.</li> <li>2. Badanie ogólne moczu.</li> <li>3. Badanie czystości pochwy.</li> <li>4. Antygen HBs.</li> <li>5. Badanie w kierunku HIV.</li> <li>6. Posiew z przedsionka pochwy i okolic odbytu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących.</li> <li>7. W grupie kobiet ze zwiększonym ryzykiem populacyjnym lub indywidualnym ryzykiem zakażenia: VDRL, HCV.</li> <li>8. Badanie cytologiczne, jeśli nie było wcześniej wykonane w okresie ciąży.</li> </ol>

38—39 tydz. ciąży	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie położnicze.</li> <li>3. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>4. Ocena aktywności płodu.</li> <li>5. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>6. Pomiar masy ciała.</li> <li>7. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>8. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> <li>9. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.</li> <li>10. W przypadku opieki sprawowanej przez położną obowiązkowa konsultacja lekarza ginekologa.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne moczu.</li> <li>2. Morfologia krwi.</li> </ol>
po 40 tyg. ciąży badanie co 2-3 dni	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie ogólne podmiotowe i przedmiotowe.</li> <li>2. Badanie położnicze.</li> <li>3. Badanie we wzorniku i zestawione - według wskazań medycznych.</li> <li>4. Ocena ruchów płodu</li> <li>5. Ocena czynności serca płodu.</li> <li>6. Pomiar ciśnienia tętniczego krwi.</li> <li>7. Pomiar masy ciała.</li> <li>8. Ocena ryzyka ciążowego.</li> <li>9. Propagowanie zdrowego stylu życia.</li> <li>10. Praktyczne i teoretyczne przygotowanie do porodu, położu, karmienia piersią i rodzicielstwa w formie grupowej lub indywidualnej.</li> <li>11. Bezwzględne skierowanie do hospitalizacji po 41 tyg. ciąży.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Badanie KTG.</li> <li>2. Badanie ultrasonograficzne (jedenrazowo).</li> </ol>

Osoba sprawująca opiekę:

1) kieruje kobietę w okresie pomiędzy 21—26 tyg. ciąży do położnej podstawowej opieki zdrowotnej w celu objęcia jej opieką;

2) może zlecić wykonanie dodatkowych świadczeń zdrowotnych o charakterze profilaktycznym lub diagnostycznym, jeżeli stan zdrowia ciężarnej lub wyniki wcześniej przeprowadzonych badań wskazują na możliwość wystąpienia powikłań lub patologii ciąży, porodu i położu.

### III. Identyfikacja czynników ryzyka powikłań przedporodowych i śródporodowych

1. Do czynników ryzyka identyfikowanych podczas ciąży oraz przed porodem na podstawie wywiadu w szczególności zalicza się:

1) choroby ciężarnej, w szczególności choroby układu krążenia, choroby nerek, choroby neurologiczne, choroby wątroby, znaczną otyłość, cukrzycę, zaburzenia krzepnięcia, trombofilię oraz zespół antyfosfolipidowy;

2) stan po leczeniu niepłodności lub po co najmniej dwóch następujących po sobie poronieniach samoistnych lub porodzie przedwczesnym;

3) uprzednie urodzenie dziecka martwego lub z urazem okołoporodowym;

4) przebyte porody noworodków o masie urodzeniowej większej niż 4000 g., przebyte porody noworodków z bardzo małą i ekstremalnie małą masą ciała lub ciążę wielopłodową;

5) stan po operacjach macicy i dolnego odcinka układu rozrodczego;

6) stan po powikłaniach w postaci łożyska przodującego, przedwczesnego oddzielania się łożyska, uszkodzeniach dróg rodnych, atonii macicy albo szczególnych krwotokach poporodowych, drgawkach, stanach zatorowo-zakrzepowych lub przebyłym wycięciu macicy;

7) sytuację, gdy ciężarna jest pierwiastką poniżej 18. roku życia lub powyżej 35. roku życia;

8) sytuację, gdy ciężarna jest wieloródką powyżej 40. roku życia lub wieloródką po urodzeniu 4 dzieci;

9) wystąpienie krwawienia przed porodem;

10) infekcję u ciężarnej lub jej podejrzenie;

11) nadciśnienie tętnicze;

12) wystąpienie temperatury ciała powyżej 38 °C częściej niż raz w czasie ciąży;

13) używanie środków odurzających, alkoholu i nikotyny w czasie ciąży i w okresie bezpośrednio poprzedzającym ciążę.



2. Do czynników ryzyka identyfikowanych w czasie ciąży oraz przed porodem na podstawie badania w szczególności zalicza się:

- 1) wartość ciśnienia skurczowego wyższą niż 140 mmHG i rozkurczowego 90 mmHG, białkomocz wyższy niż 0,3 g/24h;
- 2) przybór masy ciała większy niż 500 g na tydzień w ostatnim trymestrze ciąży;
- 3) odmiedniczkowe zapalenie nerek;
- 4) niedokrwistość;
- 5) cukrzycę;
- 6) przebyte lub trwające krwawienie z dróg rodnych;
- 7) konflikt serologiczny;
- 8) nieadekwatność wielkości macicy lub wielkości dziecka do czasu trwania ciąży (problemy w precyzyjnym ustaleniu terminu porodu, ograniczenie wewnątrzmacicznego wzrastania płodu, makrosomia płodu, wielowodzie, małowodzie, mięśniak, ciąża wielopłodowa, niewspółmierność matczy-no-płodowa);
- 9) zagrażający poród przedwczesny (przedwczesne skurcze macicy, niewydolność cieśniowo-szyjkowa);
- 10) nieprawidłową lokalizację łożyska;
- 11) ciążę wielopłodową z patologicznie położonymi płodami;
- 12) przekroczenie terminu porodu lub niepewność co do terminu porodu;
- 13) dodatni wynik posiewu w kierunku paciorkowców B-hemolizujących grupy B.(GBS);
- 14) położenie inne niż główkowe powyżej 37. tygodnia ciąży;
- 15) nieprawidłową objętość płynu owodniowego;
- 16) więcej niż dwa rozpoznania porodu fałszywego.

3. Do czynników ryzyka śródporodowego występujących u rodzącej w szczególności zalicza się:

- 1) przedłużone odpływanie płynu owodniowego (powyżej 24 godz.);
- 2) zaburzenia czynności skurczowej macicy;
- 3) opryszczkę genitalną;
- 4) konieczność indukcji porodu;
- 5) krwotok śródporodowy;
- 6) obecność smółki lub krwi w płynie owodniowym;
- 7) ciepłotę ciała powyżej 38 °C;
- 8) stymulację porodu oksytocyną lub innymi metodami;
- 9) utratę krwi po porodzie w ilości przekraczającej 500 ml w czasie 24 godzin lub obniżenie hematokrytu o 10 % wartości wyjściowej;

10) wypadnięcie pępowiny lub przodowanie pępowiny;

- 11) zatrzymanie łożyska w jamie macicy;
- 12) wstrząs;
- 13) pęknięcie krocza 3. lub 4. stopnia;
- 14) wycicowanie macicy;
- 15) pęknięcie macicy.

4. Do czynników ryzyka dla płodu lub występujących u płodu lub noworodka zalicza się w szczególności:

- 1) nieprawidłowości stwierdzone podczas badania;
- 2) zaburzenia czynności serca płodu;
- 3) ocenę w skali Apgar poniżej 7 punktów w 5. minucie po urodzeniu;
- 4) uraz okołoporodowy;
- 5) masę dziecka poniżej 2500 g;
- 6) wady rozwojowe;
- 7) pępowinę dwunaczyniową;
- 8) naczynia błądzące w łożysku;
- 9) zaburzenia oddychania.

5. Oceny występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1—4, dokonuje osoba sprawująca opiekę.

6. W przypadku stwierdzenia występowania czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1—4, ciężarna lub rodząca kierowana jest przez osobę sprawującą opiekę do oddziału położniczego o odpowiednim do jej stanu zdrowia poziomie referencyjnym zapewniającym opiekę perinatalną, z uwzględnieniem faktu, że I poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią, II poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad patologią średniego stopnia, III poziom opieki perinatalnej obejmuje opiekę nad najcięższą patologią.

7. Zidentyfikowane czynniki ryzyka, o których mowa w ust. 1-4, należy omówić z ciężarną, tak aby mogła ona podjąć świadomą decyzję odnośnie do miejsca porodu.

8. Wyniki identyfikacji czynników ryzyka, o których mowa w ust. 1-4, podjęte działania i zalecenia oraz dokonane w porozumieniu z ciężarną ustalenia należy każdorazowo odnotować w dokumentacji medycznej.



## Pielęgniarstwo – mój zawód moja odpowiedzialność

### Ryzyko błędu medycznego w pielęgniarstwie – granice odpowiedzialności

#### Refleksyjny wstęp

*Pielęgniarka w areszcie, lekarz na wolności* Gazeta Wyborcza 2006-06-21

*Pielęgniarki, jak lekarze – płacą za błędy popełnione w sztuce medycznej* Rynek Zdrowia 2009-05-21

*Błąd pielęgniarki omal nie zabił noworodka* Polska Dziennik Łódzki 2009-06-06

*Przybywa skarg składanych na pielęgniarki* Rynek Zdrowia 2009-06-24

*Zagadkowa śmierć w szpitalu. Czy błąd pielęgniarki zabił pacjenta?* Gazeta Lubuska 2010-10-21

*Pijana pielęgniarka na oddziale noworodków* PAP/Rynek Zdrowia 31-08-2011 12:14

Współczesna praktyka pielęgniarska coraz częściej wymaga znajomości zagadnień prawnych. Dobrze się dzieje, iż w programach Konferencji FRPP znajduje się zawsze miejsce na przedstawienie statusu prawnego pielęgniarki we wciąż ewoluującej rzeczywistości. Wyznacznikiem zmian w polskim pielęgniarstwie stała się niewątpliwie ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z 5 lipca 1996 r., obecnie zastąpiona całkowicie nową, o tak samo brzmiącym tytule, z 15 lipca 2011 r. (Dz. U. 2011. 174. 1039), a zwłaszcza art. 2 uznający zawody pielęgniarki i położnej za zawody samodzielne. Kolejny akt prawny, z 7 listopada 2007 r. (Dz. U. 2007. 210. 1540), podkreśla samodzielność pielęgniarki i położnej, powierzając możliwość udzielania świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, bez zlecenia lekarskiego. Jednakże z samodzielnością, która niezbędna jest do rozwoju zawodowego, wiąże się nierozdzielnie odpowiedzialność. Samodzielność, to własna zdolność decydowania m.in. o wyborze metody pielęgnowania, doborze środków do wykonania danej czynności pielęgniarskiej. Cechą koncepcji odpowiedzialności jest rozliczanie się ze swych działań i świadomość, że zarówno za wykonane jak i niewykonane czyny człowiek jest oceniany bądź pozytywnie bądź negatywnie. O odpowiedzialności w sensie pozytywnym mówimy wówczas, gdy pielęgniarka wykonuje swe obowiązki w taki sposób, że dobra będące w obrębie jej czynności nie są narażone na niebezpieczeństwo. Najczęściej odpowiedzialność kojarzona jest jednak z negatywnymi skutkami własnych czynów i ponoszeniem konsekwencji. Dla pielęgniarki niesłuchanie istotna jest odpowiedzialność zawodowa, która ponoszona jest za naruszenie zasad wykonywania zawodu, zawartych w Rozdziale 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, za uchybienie zasadom zawartym w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej RP z 9 grudnia 2003 r. oraz za nie respektowanie praw pacjenta zawartych głównie, choć nie wyłącznie,

w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009. 52. 417 z późn. zm.).

Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie bezpieczeństwa pacjentów, w tym profilaktyki i kontroli zakażeń związanych z opieką zdrowotną – Bruksela, dnia 15.12.2008 KOM (2008) 836 wersja ostateczna. Najczęstsze zdarzenia niepożądane wymienione w Komunikacie, to: zakażenia związane z opieką zdrowotną, zdarzenia związane ze stosowaniem leków oraz powikłania po zabiegach chirurgicznych bądź w ich trakcie. W Hiszpanii – 9,3% pacjentów doznało zdarzeń niepożądanych związanych z hospitalizacją, z czego 42,8% z nich uznano za zdarzenia, których można było uniknąć (badanie ENEAS, 2006 r.), a we Francji – w okresie siedmiu dni obserwacji na 55% oddziałów chirurgicznych i na 40% oddziałów medycznych, wystąpiło przynajmniej jedno zdarzenie niepożądane, z czego 35,4% z tej liczby uznano za zdarzenia, których można było uniknąć (Michel, 2007). Państwom członkowskim UE zaleca się m.in.:

- ustanowienie lub poprawę systemów zgłaszania bez przypisywania winy oraz stworzenie systemów edukacji, umożliwiających określenia zakresu, rodzaju oraz przyczyny zdarzeń niepożądanych w celu
- opracowywanie rozwiązań i interwencji na poziomie Unii Europejskiej;
- zgłaszanie zdarzeń niepożądanych powinno odbywać się w sposób konstruktywny, a nie represyjny, tak aby pracownicy opieki zdrowotnej mieli pewność, że mogą zgłaszać zdarzenia bez obawy o negatywne konsekwencje;
- zagwarantowanie, że bezpieczeństwo pacjentów jest częścią kształcenia i szkolenia pracowników opieki zdrowotnej.

W czasie wykonywania obowiązków zawodowych świadomość odpowiedzialności towarzyszy nam cały czas. Również ryzyko nas nie opuszcza, ponieważ wpisane jest ono w każdą działalność człowieka, a zwłaszcza w tak delikatnej, powierzony nam materii, jaką jest życie i zdrowie ludzkie. Tylko, czy wszyscy tę odpowiedzialność pojmujemy tak samo, czy podobnie patrzymy na błędy swoje i cudze? Jakie błędy zauważają w wykonywanych przez nas zadaniach zawodowych – pacjenci, członkowie zespołu terapeutycznego, rodziny, kontrolujący? **I wreszcie pytanie najistotniejsze: czy potrafimy do błędu przyznać się chociażby sami przed sobą?** W pielęgniarstwie można spotkać następujące sytuacje, które noszą znamiona błędów:



- brak podjęcia stosownych działań w ramach posiadanych kompetencji,
- brak oceny stanu pacjenta, tj. brak oceny stanu fizykalnego, kontroli parametrów czy wykonania badań, np. poziomu glukozy, morfologii,
- nie wzywanie lekarza, gdy następują zauważalne zmiany stanu pacjenta,
- dokumentacja – błędnie prowadzona lub jej całkowity brak,
- niewłaściwe stosowanie leków,
- działania wbrew woli pacjenta,
- nieprzestrzeganie standardów i procedur pielęgniarskich.

Dobra organizacja pracy ma wpływ na wyniki procesu terapeutycznego, satysfakcję pacjenta, czyli czynniki kształtujące jakość w pielęgniarstwie. Błędy organizacyjnego nie można bagatelizować i stanowi granice odpowiedzialności kierowniczej kadry pielęgniarskiej. Wypracowanie jasnych, przejrzystych kanałów komunikacji jest podstawą do wszelkiej zespołowej działalności. Z błędem organizacyjnym mamy do czynienia wówczas, gdy uszczerbek, jakiego doznał pacjent, powstał w związku ze złą organizacją pracy personelu medycznego i można zaliczyć tu m.in.:

- brak szkoleń, brak odpowiedniej liczby doświadczonych pielęgniarek,
- zwłokę w pielęgowaniu, nieaktualne procedury,
- brak motywacji, przeciążenie pracą,
- posługiwanie się niesprawnym sprzętem i aparaturą medyczną,
- nieumiejętne posługiwanie się aparaturą i sprzętem medycznym,
- złe warunki sanitarno-epidemiologiczne szpitala,
- wadliwe rozmieszczenie chorych,
- wadliwą organizację przechowywania leków i środków toksycznych.

Ekspansja różnych form zatrudniania pielęgniarek i położnych, oprócz klasycznej umowy o pracę wynikającej z Kodeksu Pracy, powinna iść w parze ze świadomością ponoszenia innych form odpowiedzialności. W przypadku pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych na zasadzie umowy o pracę występują główne dwa rodzaje odpowiedzialności – pracownicza i zawodowa.

**Odpowiedzialność wynikająca ze stosunku pracy**, normowana przepisami Kodeksu Pracy, której przesłankami odpowiedzialności pracowniczej jest niewykonanie bądź nienależyte wykonanie obowiązków oraz działanie zawinione. Czyli pracownikowi trzeba przypisać winę, np. nie można przypisać pielęgniarce winy, jeśli posługiwała się narzędziami poddanymi niewłaściwemu procesowi sterylizacji i w wyniku ich użycia doszło do zakażenia.

Bowiem pracownik nie ponosi odpowiedzialności za szkodę w zakresie, w jakim pracodawca czy też inna osoba przyczyniła się do jej powstania czy zwiększenia. W przypadku odpowiedzialności z winy nieumyślnej, wówczas kiedy pracownik nie zachował reguł ostrożności i nie przewidywał negatywnych skutków swego zachowania, wysokość odszkodowania nie może przekraczać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia należnego w dniu wyrządzenia szkody, natomiast jeśli działanie lub zaniechanie następuje z winy umyślnej, pracodawca może żądać od pracownika naprawienia szkody w pełnej wysokości. Infrastruktura administracyjno-techniczna stanowi bazę bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, naruszenie obowiązków stanowić będzie podstawę odpowiedzialności tylko wówczas, gdy pracownik mógł i powinien je wykonać. **Nie stanowi więc podstawy odpowiedzialności niewykonanie obowiązku w sytuacji, gdy pracodawca nie zapewnił warunków jego wykonania** (Czupryna A. i wsp., Kraków 2001).

Do odpowiedzialności za kładu wystarczy tzw. wina „beziemienna”, inaczej anonimowa, czyli wina niezidentyfikowanego personalnie pracownika wtedy, gdy zostanie dowiedzione, że popełniono zaniedbanie, na skutek którego pacjent doznał szkody, chociaż nie można ustalić kto z personelu medycznego dopuścił się winy (**uchwała SN z 15 II 1971 r., III CZP 33/70, OSN 1971, poz. 59**). **Odpowiedzialność zawodowa** wynika z przepisów prawnych regulujących wykonywanie poszczególnych zawodów medycznych. Pielęgniarki i położne kwestie powyższe mają unormowane w ustawie o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 r. (Dz. U. 2011. 174. 1038) oraz nadal obowiązującym Rozporządzeniu w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych (Dz. U. 93. 9. 45).

**Odpowiedzialność pracownicza i zawodowa, to odrębne, niezależne od siebie rodzaje odpowiedzialności, aczkolwiek dany czyn, uchybienie może skutkować obiema jednocześnie.** Odpowiedzialność pielęgniarki i położnej wykonującej swe zadania w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w ramach indywidualnej bądź specjalistycznej praktyki na podstawie umowy z tym podmiotem, odpowiedzialność za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, bądź zaniechania ich udzielania – odpowiedzialność ponoszą solidarnie pielęgniarka i podmiot leczniczy. Taką regulację od 1 lipca 2011 r. wprowadziła ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011. 112. 654). W orzecznictwie zarysowują się granice tejże odpowiedzialności, a mianowicie: **NZOZ może na podstawie art. 430 k.c. ponosić odpowiedzialność za szkodę wyrządzoną z winy lekarza prowadzącego**



*indywidualną praktykę lekarską, która powstała przy wykonywaniu czynności na podstawie łączącej ich umowy o świadczenie usług medycznych IV CSK 308/10, wyrok SN z 26 stycznia 2011 r.*

#### Zamiast zakończenia

Błądzić jest rzeczą ludzką, lecz również przy pomocy tych samych ludzi można ograniczać błędy:

#### na poziomie placówki ochrony zdrowia poprzez:

- odpowiedzialność za słowo,
- skrupulatną dokumentację,
- sprawny przepływ informacji pomiędzy członkami zespołu terapeutycznego,
- wzięcie pełnej odpowiedzialności za drugiego człowieka, z przyznaniem się do błędu włącznie.

#### na poziomie regionalnym/krajowym poprzez:

- uwzględnienie w kształceniu przeddyplomowym w formie seminariów/warsztatów m.in. zajęć z zakresu komunikowania się, asertywności, radzenia sobie ze stresem,

- monitorowanie zdarzeń niepożądanych,
- kształcenie podyplomowe m.in. z zagadnień prawnych na podstawie rejestrowanych zdarzeń niepożądanych,
- pomoc psychologiczna,
- programy zapobiegania wypaleniu zawodowemu,
- tworzenie zawodowych grup wsparcia,
- wymiana doświadczeń z zagranicą.

Nie ma jakości bez dobrego zarządzania, nie ma zarządzania bez brania odpowiedzialności. W polskim środowisku medycznym brak jest ugruntowanego zwyczaju rozmawiania na temat błędów medycznych, niejedno-znacznych z popularnym i przyjętym u nas określeniem „błąd w sztuce”. Raportowanie błędów, tak niezbędnych do skutecznego ich niwelowania, powinno stać się naszym dobrym zwyczajem. Nieodłącznym elementem kultury non - punitive jest to, iż większość błędów wynika z kwestii systemowych, organizacyjnych, a nie jest to złe wykonawstwo przez poszczególne osoby.

**Bożena Kosińska**

**Materiały pokonferencyjne 5-cio lecia FRPP, 19.04.2012r.**

**\*Bożena Kosińska** - mgr administracji i mgr pielęgniarstwa, specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, pielęgniarka naczelna w Samodzielnym Wojewódzkim Publicznym Zespole Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Radomiu, Zastępca Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w NIPiP, Prezes FRPP

## Podstawowe uregulowania prawne dotyczące osób fizycznych oraz osób prawnych.

Podmiotami prawa cywilnego według przepisów kodeksu cywilnego są: osoby fizyczne i osoby prawne.

**Osoba fizyczna** – prawne określenie człowieka w prawie cywilnym, od chwili urodzenia do chwili śmierci, w odróżnieniu od osób prawnych. Bycie osobą fizyczną pociąga za sobą zawsze posiadanie zdolności prawnej, czyli możliwość bycia podmiotem stosunków prawnych (praw i zobowiązań). Osoby fizyczne mają także zdolność do czynności prawnych, uzależnioną jednak od dalszych warunków. Pełną zdolność do czynności prawnych nabywa się po osiągnięciu pełnoletności, ograniczoną zdolność do czynności prawnych od chwili ukończenia lat 13. Osoba fizyczna po ukończeniu 13 roku życia może zostać całkowicie pozbawiona zdolności do czynności prawnych, czyli zostać ubezwłasnowolniona całkowicie.

Osobowość fizyczna jest kategorią prawa cywilnego, zatem brak posiadania osobowości fizycznej przez *nasciturusa* (płód) nie pozbawia go całkowicie ochrony prawnej. *Nasciturus* może być podmiotem praw i obowiązków warunkowo, które nabywa, jeśli urodzi się żywy.

**Osoba prawna** – zgrupowanie osób fizycznych mających do zrealizowania określony cel, działających poprzez swoje organy i wyposażonych w odrębny majątek. Osobami prawnymi są Skarb Państwa i jednostki organizacyjne, którym przepisy szczególnie przyznają osobowość prawną, np. jednostki samorządu terytorialnego, spółki z ograniczoną odpowiedzialnością, spółki akcyjne, szkoła wyższa czy fundacje. Dany podmiot nabywa osobowość prawną do działania w sferze stosunków cywilnoprawnych, przeważnie z chwilą, w której zostanie wpisany do odpowiedniego rejestru (np. rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego). Osoba prawna podejmuje działania za pośrednictwem swoich organów. Ustanie bytu prawnego osoby prawnej następuje najczęściej z chwilą wykreślenia jej z właściwego rejestru. Przy czym, osoby prawne nie mogą zostać pozbawione i ograniczone w zdolności do czynności prawnych, co oznacza, że mają one pełną zdolność do podejmowania czynności prawnych.

Osobami prawnymi **nie są** m.in.: spółka cywilna, spółki osobowe (jawna, spółka partnerska, spółka komandytowa, spółka komandytowo-akcyjna), stowarzyszenie zwykłe, wspólnota mieszkaniowa. Jednak niektóre z powyższych podmiotów posiadają pewne cechy osoby prawnej, tzw. „ułamne osoby prawne” czyli jednostki organizacyjne nieposiadające osobowości prawnej, którym odrębne przepisy przyznają jednak zdolność prawną. Są to np. spółki osobowe i wspólnoty mieszkaniowe.

Oznaczeniami indywidualizującymi każdą osobę fizyczną są m. in. imię i nazwisko, płeć, czy miejsce zamieszkania. Ważne przy tym jest, że miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem pobytu stałego.

Osoby prawne są zaś indywidualnie określone za pomocą m.in. nazwy oraz siedziby. Siedziba jest odpowiednikiem miejsca zamieszkania osoby fizycznej, i jest to miejscowość, w której siedzibę ma organ zarządzający danej osoby prawnej.





*„Musicie od siebie wymagać, nawet gdyby inni od was nie wymagali”.*

Jan Paweł II

## Gratulacje z okazji uzyskania tytułu zawodowego magistra

Absolwentki z terenu działania Okręgowej Izby w Białej Podlaskiej, ukończyły w roku akademickim 2011/2012 studia II stopnia:

na kierunku Pielęgniarstwo:

**Małgorzata Chwedoruk** Warszawski Uniwersytet Medyczny;

**Anna Jakubiuk i Agata Łopatniuk** Uniwersytet Medyczny w Lublinie;

na kierunku Położnictwo:

**Barbara Wrześniak** Uniwersytet Medyczny w Lublinie.

Koleżankom z okazji ukończenia studiów i obrony pracy magisterskiej serdeczne gratulacje oraz życzenia wielu pięknych chwil, radości i dobra płynącego z sukcesów naukowych i zawodowych. Oby Wasze wykształcenie, dobre serce i doświadczenia życiowe dały wiele dobra Wam samym jak i innym spotkanym na Waszej drodze.



## Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (International Classification for Nursing Practice® - ICNP®)

### Cz. I. Rys historyczny rozwoju ICNP®

#### Historia powstania klasyfikacji

ICNP® powstała i jest rozwijana jako specjalny projekt Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Pomysł stworzenia klasyfikacji pojawił się w roku 1989 w wyniku narastającego zapotrzebowania na terminologię specjalistyczną, pozwalającą precyzyjnie opisywać działania pielęgniarek oraz problemy zdrowotne będące przedmiotem ich opieki. Brak ujednoliconego nazewnictwa powodował nieporozumienia w wymianie informacji w skali krajowej i międzynarodowej między pielęgniarkami, innymi pracownikami służby zdrowia, administracją.

Nad ICNP® pracował zespół powołany w 1989r. na mocy rezolucji Rady Narodowych Reprezentantów (CNR) Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (International Council of Nurses – ICN), która dotyczyła wypracowania terminologii i klasyfikacji diagnoz, interwencji i wyników działań pielęgniarskich, (XIX Kongresie ICN w Seulu).

Dane do budowanego słownika zaczęto gromadzić w 1991 roku. W tym celu zaczęto gromadzić piśmiennictwo i przeprowadzono sondaż wśród członków ICN, który miał pomóc w ustaleniu, z jakich systemów klasyfikacyjnych korzysta się w poszczególnych krajach, jaka jest znajomość ICD i podobnych systemów oraz jakie jest zapotrzebowanie na jednolitą klasyfikację.

W 1992 r. odbyło się w Genewie spotkanie Technicznej Grupy Doradczej złożonej z pielęgniarek z Izraela, Nepalu, Chile, Kenii, Jamajki i Japonii w celu sprawdzenia wykonalności i stosowalności prac ICNP® na poziomie światowym..

Rozpoczęto stałe konsultacje z WHO, placówkami akademickimi, towarzystwami członkowskimi ICN oraz innymi grupami pielęgniarek, już pracującymi nad innymi typologiami. Pierwsza lista pojęć zestawiona na podstawie istniejących klasyfikacji pielęgniarskich została opublikowana jako „Dokument roboczy ICNP®” w 1993 r. (w 26 językach). Obejmowała terminy przejęte z systemów: australijskiego, belgijskiego, duńskiego, szwedzkiego i amerykańskiego oraz z „Podstawowych zasad opieki pielęgniarskiej” V. Henderson. Listę umieszczono w bazie danych Paradox, prowadzonej (i uaktualnianej) na Uniwersytecie Marquett w USA. Pozwoliło to przejść do następnego etapu: promocji pomysłu, sprawdzania możliwości jego zastosowania oraz opracowywania architektury i przygotowywania pierwszego projektu klasyfikacji. Przygotowanie wstępnej struktury powierzono pracownikom Duńskiego Instytutu Badań Zdrowotnych i Pielęgniarskich.



W lutym 1994 r. odbyło się w Meksyku spotkanie doradców ds. rozwoju narzędzi informacyjnych wspierających systemy pielęgniarskie w podstawowej opiece zdrowotnej i opiece środowiskowej, gromadzące pielęgniarki z Botswany, Brazylii, Chile, Kolumbii, Meksyku, RPA, Swazilandu, USA i Zimbabwe.

Pielęgniarki z Japonii, Korei, Malezji, Nowej Zelandii, Filipin, Singapuru, Tajwanu, Tajlandii i Zachodniego Samoa pracowały nad metodami rozpoznawania i akceptacji terminów proponowanych do włączenia do ICNP® na spotkaniu organizowanym przez Tajwańskie Towarzystwo Pielęgniarskie (1995, Tajpei). Fundacja W. K. Kellogga sfinansowała projekt rozwoju w wybranych krajach Afryki i Ameryki Łacińskiej, tak aby mogły czynnie włączyć się w prace nad ICNP® (1996).

Na kolejnych spotkaniach w Genewie (1995, 1996) konsultanci i doradcy techniczni pracowali nad strukturą taksonomiczną, która umożliwiła logiczne uporządkowanie terminów już zebranych i ciągle napływających. Prace napotykały na wiele problemów pojęciowych i językowych.

Za kluczowe dla organizacji terminów uznano trzy pojęcia - nursing phenomenon (przedmiot opieki pielęgniarskiej), nursing actions (działania pielęgniarskie) oraz nursing diagnosis (diagnozy pielęgniarskie), które stały się nazwami trzech części, z których składała się w pierwszych wersjach (tzw. alfa i beta) ICNP®. Wersja alfa, składająca się z klasyfikacji przedmiotów opieki pielęgniarskiej oraz klasyfikacji działań pielęgniarskich powstaje w 1996r., wersja beta - 1999 i następnie beta 2 - w 2001r.

Kolejne działania to ustanowienie przez ICN Programu ICNP® z trzema głównymi grupami zadań: badania i rozwój, koordynacja i zarządzanie projektem, komunikacja i marketing oraz Konferencja Tłumaczy i Recenzentów ICNP®, sponsorowana przez „Telenurse” i ICN w Coimbra (2000, Portugalia). W 2000 roku powstał Komitet Ewaluacji ICNP® i opublikowano pierwszy Biuletyn ICNP®.

Następną, tzw. Wersję 1 ICNP® (ICNP® Version 1) opublikowano 25 maja 2005 roku podczas Kongresu ICN w Taipei. Wersja 1.0 zawierała ponad 10 mln kodów procedur pielęgniarskich wraz z definicjami. W stosunku do wersji beta uległa znacznym modyfikacjom, dążącym przede wszystkim do uproszczenia struktury i ułatwienia korzystania z niej.

W Polsce upoważnienie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek na tłumaczenie ICNP® otrzymało Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Dzięki zaangażowaniu zespołu w składzie: Dorota Kilańska, Aleksandra Gaworska-Krzemińska, Hanna Grabowska, Michał Grzegorzczak w 2009 roku przetłumaczono na język polski i opublikowano ICNP® Version 1.

Prace badawczo-rozwojowe nad ICNP® obecnie realizuje tzw. konsorcjum ICNP®, obejmujące ICN oraz Centra Rozwoju i Doskonalenia ICNP®, co pozwala na podział zadań do wykonania, nadzorowanie prac prowadzonych w konkretnym regionie, jak również na szybsze rozpowszechnianie efektów. Funkcję takich ośrodków mogą pełnić podmioty o różnym charakterze, np. jednostki badawcze, edukacyjne, krajowe towarzystwa pielęgniarskie. Jako pierwszy status takiego ośrodka uzyskał w maju 2004 roku Zespół Użytkowników Niemieckojęzycznej Wersji ICNP®, tworzony przez trzy krajowe towarzystwa pielęgniarskie: austriackie, niemieckie i szwajcarskie oraz odpowiednio zespoły użytkowników klasyfikacji z tych trzech krajów. W każdym kraju działa ponadto tzw. regionalna grupa użytkowników składająca się z przedstawicieli zarówno sfery akademickiej (badawczo-dydaktycznej), jak i praktyki opieki, a także osób zajmujących się informatyką w służbie zdrowia. Zadaniem Zespołu jest budowanie wersji austriackiej i szwajcarskiej teaurusu oraz dostosowanie terminologii do potrzeb pielęgniarstwa specjalistycznego.

Kolejne ośrodki należące do konsorcjum to australijskie Research Centre for Nursing Practice of ACT (Australian Capital Territory Government) Health and the University of Canberra oraz chilijskie Chilean Centre for ICNP® Research and Development przy Wydziale Pielęgniarstwa University of Concepcion. Poza wymienionymi trzema ośrodkami, w wielu krajach prowadzone są indywidualne projekty badawczo-rozwojowe dotyczące klasyfikacji, np. sprawdzające jej przydatność w specyficznych warunkach lokalnej praktyki pielęgniarskiej. Trwa stały proces rewizji i aktualizacji, prowadzony przez ekspertów pielęgniarstwa klinicznego, obejmujący z jednej strony zmiany i poprawki w obowiązujących terminach, z drugiej - dołączanie nowych pojęć do słownika.

Decyzją Międzynarodowej Rady Pielęgniarek zostało powołane na Wydziale Pielęgniarstwa i Położnictwa Uniwersytetu Medycznego w Łodzi pierwsze w Polsce i w tej części Europy „Akredytowane Centrum Badania i Rozwoju Międzynarodowej Klasyfikacji Pielęgniarskiej (ICNP®) przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w dniu 8 marca 2010r.



Centrum jest punktem kontaktowym dla wszystkich podmiotów zainteresowanych wprowadzeniem ICNP<sup>(R)</sup> w Polsce, akredytowanym przez ICN.

W Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) została powołana Rada ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Pielęgniarskiej ICNP® (2010 r.), natomiast w 2012 roku powstaje Rada ds. e-zdrowia w pielęgniarstwie. Przewodniczącą Rady została mgr Dorota Kilańska.

Wśród wielu istotnych działań związanych z rozwojem ICNP®, oprócz wyżej wymienionych, należą:

- wpisanie ICNP® do rodziny Klasyfikacji WHO (2009);
- powstanie wersji 2.0 (Durban, 2009);
- przeniesienie ICNP® z Bat Tool do C-Space;
- przetłumaczenie na język polski katalogów "Opieka paliatywna dla terminalnie chorych. Towarzyszenie w godnym umieraniu" oraz „Współpraca z pacjentami i ich rodzinami - w trosce o przestrzeganie zaleceń terapeutycznych” (2009);
- Rekomendacja nr 1/2010 Rady ds. Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® z dnia 6 maja 2010 r. w sprawie włączenia Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® do standardów kształcenia dla kierunku studiów Pielęgniarstwo oraz programów kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych;
- ICNP® - wersja 2011, obejmująca swoim zakresem całość pielęgniarstwa i pielęgniarstwo położnicze, wszystkie jego specjalizacje i placówki, w których realizowana jest opieka; 424 nowe terminy;
- ICNP® wersja PL w C-Space (2011);
- Rekomendacja nr 2 - Ramowy Program Kursu "Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej. Program dla Pielęgniarek" (2011);
- stanowisko NRPiP popierające wprowadzenie ICNP® (2011);
- kontynuacja mapowania ICNP® oraz SNOMED-CT (2011);
- katalog skal stosowanych w pielęgniarstwie (ADL, skala bólu, Glasgow itd., 2011);
- planowane włączenie ICNP® 2011 do NLM UMLS<sup>1/</sup> celem potwierdzenia harmonizacji koncepcji ICNP® z UMLS;
- CSIOZ zawiera umowę z ICN na wykorzystanie ICNP® w systemie słowników (2011);
- Umowa PTP z ICN na tłumaczenie wersji 2011 (2011);
- Opracowano pilotaż dla szpitali (Rada ds. ICNP® CSIOZ, 2011).

Od podjęcia rezolucji o ustanowieniu Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® minęły 23 lata. Wykonano w tym czasie ogrom pracy, pomimo, że ICNP® wciąż ewoluje i wciąż pozostało wiele niezrealizowanych celów.

#### Bibliografia

1. Kilańska D., Glińska J., Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej u progu XXI wieku. <http://www.konferencja-csioz.home.pl/prezentacje.html>
2. Kilańska D., Historia powstania ICNP® cz 1., Magazyn pielęgniarki i Położnej, 3 (2007), s.7
3. Kilańska D., Historia powstania ICNP® cz 2., Magazyn pielęgniarki i Położnej, 4 (2007), s.5
4. Kisilowska M.: Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej – narzędzie zarządzania wiedzą w opiece zdrowotnej. „Biuletyn EBIB” (Dokument elektroniczny), 2005(69), nr 8. <http://ebib.oss.wroc.pl/2005/69/kisilowska.php>
5. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® wersja 1.0 (tłumaczenie Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie). PTP-MakMed, Warszawa-Lublin 2009, s. 18-19

<sup>1/</sup>Ujednolicony system języka medycznego (*ang. The Unified Medical Language System - UMLS*) jest to system który ma za zadanie ułatwić rozwój systemów komputerowych “rozumiejących” terminy biomedyczne i związane z dziedziną zdrowotną/medyczną. W tym celu Amerykańska Biblioteka Medyczna (*The National Library of Medicine - NLM*) tworzy i rozpowszechnia bazy danych (the UMLS Knowledge Sources) oraz powiązane oprogramowanie/ software. Wszystkie zasoby wiedzy UMLS są dostępne nieodpłatnie użytkownikom w Stanach Zjednoczonych, jak również użytkownikom międzynarodowym.



## **Program wczesnego wykrywania i diagnozowania nowotworów u dzieci**

W ramach „Programu poprawy wczesnego wykrywania i diagnozowania nowotworów u dzieci w pięciu województwach Polski”, lekarze i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej z pięciu polskich województw (lubelskiego, małopolskiego, mazowieckiego, warmińsko-mazurskiego oraz wielkopolskiego), objęci zostali specjalnym programem szkoleniowym. Program opracowany został przez Fundację Project HOPE Polska oraz Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie. Dwuletni grant na realizację projektu przyznała Fundacja Bristol-Myers Squibb, w ramach programu Bridging Cancer Care.

Program poprawy wczesnego wykrywania opracowany został w odpowiedzi na potrzeby usprawnienia wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych wieku dziecięcego. W Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie odbyło się szkolenie zespołów Trenerów Mistrzów – 25-ciu lekarzy i pielęgniarek z pięciu regionalnych ośrodków onkologii dziecięcej – którzy w kolejnym etapie programu szkolą pracowników podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w swoich województwach.

Od września 2012 roku organizowane są jednodniowe, nieodpłatne szkolenia dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, tj.: lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy rodzinnych, pediatrów, a także pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, tj.: pielęgniarek środowiskowych, rodzinnych oraz wychowania i nauczania szkolnego.

Program szkolenia obejmuje zagadnienie związane z epidemiologią i etiologią nowotworów wieku dziecięcego, nietypowymi i alarmującymi objawami stwierdzanymi w chorobach nowotworowych u dzieci i młodzieży, przypadkami opóźnionego rozpoznania chorób nowotworowych, algorytmami postępowania w przypadku stwierdzenia objawów wskazujących na potencjalną chorobę nowotworową, rozpoznaniem środowiska z uwzględnieniem genogramu rodziny, elementami kontaktu i komunikacji z pacjentem w środowisku.

Szkolenia są rekomendowane przez Komitet Naukowy, w którego skład wchodzi Konsultanci Krajowi w dziedzinie medycyny rodzinnej, pielęgniarstwa rodzinnego oraz onkologii i hematologii dziecięcej, a także Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej z pięciu województw objętych programem.

Więcej informacji na stronie <http://www.szybka-diagnoza.org/>

## **Program wczesnego wykrywania i diagnozowania nowotworów u dzieci**

W ramach „Programu poprawy wczesnego wykrywania i diagnozowania nowotworów u dzieci w pięciu województwach Polski”, lekarze i pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej z pięciu polskich województw (lubelskiego, małopolskiego, mazowieckiego, warmińsko-mazurskiego oraz wielkopolskiego), objęci zostali specjalnym programem szkoleniowym. Program opracowany został przez Fundację Project HOPE Polska oraz Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie. Dwuletni grant na realizację projektu przyznała Fundacja Bristol-Myers Squibb, w ramach programu Bridging Cancer Care. Program poprawy wczesnego wykrywania opracowany został w odpowiedzi na potrzeby usprawnienia wczesnej diagnostyki chorób nowotworowych wieku dziecięcego. W Uniwersyteckim Szpitalu Dziecięcym w Krakowie odbyło się szkolenie zespołów Trenerów Mistrzów – 25-ciu lekarzy i pielęgniarek z pięciu regionalnych ośrodków onkologii dziecięcej – którzy w kolejnym etapie programu szkolą pracowników podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) w swoich województwach. Od września 2012 roku organizowane są jednodniowe, nieodpłatne szkolenia dla pracowników podstawowej opieki zdrowotnej, tj.: lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy rodzinnych, pediatrów, a także pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, tj.: pielęgniarek środowiskowych, rodzinnych oraz wychowania i nauczania szkolnego. Program szkolenia obejmuje zagadnienie związane z epidemiologią i etiologią nowotworów wieku dziecięcego, nietypowymi i alarmującymi objawami stwierdzanymi w chorobach nowotworowych u dzieci i młodzieży, przypadkami opóźnionego rozpoznania chorób nowotworowych, algorytmami postępowania w przypadku stwierdzenia objawów wskazujących na potencjalną chorobę nowotworową, rozpoznaniem środowiska z uwzględnieniem genogramu rodziny, elementami kontaktu i komunikacji z pacjentem w środowisku. Szkolenia są rekomendowane przez Komitet Naukowy, w którego skład wchodzi Konsultanci Krajowi w dziedzinie medycyny rodzinnej, pielęgniarstwa rodzinnego oraz onkologii i hematologii dziecięcej, a także Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej z pięciu województw objętych programem.

Więcej informacji na stronie <http://www.szybka-diagnoza.org/>



W dniach 24-26 września b.r. na zamku w Książu odbyła się V Konferencja Naukowa Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Ratunkowego przy współpracy z Dolnośląską

Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych. Tematem konferencji były: „Wypadki masowe i katastrofy”.

Różnorodne środowiska reprezentujące szeroko rozumiane ratownictwo przybyły do Książa zarówno z kraju, jak i z zagranicy tj. Holandii, Belgii czy USA.

Przybyli na konferencję przedstawiciele Biura Bezpieczeństwa Narodowego wyrazili w imieniu prezydenta RP Bronisława Komorowskiego słowa uznania dla działalności PTPR oraz wręczyli prezesowi PTPR Markowi Maślance Medal Honoru, który przyznał szef BBN-u gen. Stanisław Koziej za codzienną pracę oraz kreatywne działania w związku z występowaniem nowego rodzaju zagrożeń dla bezpieczeństwa.

Uczestnicy konferencji mieli okazję zapoznać się z organizacją systemu ratownictwa medycznego w Holandii oraz jego ewolucją, wraz ze zmieniającymi się rodzajami zdarzeń oraz rozwojem technologii informatycznych. Bieżąca analiza działań wykorzystywana jest do opracowywania wniosków, zmierzających do udoskonalania działań ratowniczych we wszystkich jego fazach, dzięki czemu można zminimalizować błędy podczas kolejnych akcji ratowniczych. Ważne miejsce w holenderskim *Emergency Medical System* ma pielęgniarka ratunkowa. Jej rola i zakres działań wynika z szeregu precyzyjnie sformułowanych procedur medycznych oraz ustawicznych szkoleń.

Przewodniczący Europejskiej Rady Pielęgniarstwa Ratunkowego (*European Society of Emergency Nurses; EuSEN*) Door Lauwaert z Belgii przedstawił historię oraz plany i credo *European Society of Emergency Nurses; EuSEN* przypominając, że PTPR też jest członkiem EuSEN.

Specjaliści z zakresu ratownictwa medycznego będący autorytetami, a zarazem praktykami w swoich dziedzinach, przedstawili niedoskonałości obecnych rozwiązań z zakresu opracowywania zdarzeń masowych oraz swoje propozycje i zalecenia zmierzające do ich doskonalenia. Podkreślona została rola jasnych procedur, które zapewnią skuteczny i niezawodny system ratownictwa, zwłaszcza w przypadku zdarzeń o charakterze masowym. Przedstawiono aktualne wyniki badań dotyczące postępowania przeciwbólowego w stanach nagłych oraz oceny i leczenia zaburzeń wolemii. Dużą uwagę poświęcono tematyce segregacji poszkodowanych w warunkach pozaszpitalnych, ale również w dalszych etapach działań ratunkowych do SOR włącznie, udowadniając, że to problem, z którym nie w sposób sobie poradzić bez jasnych i praktycznych procedur. Przedstawiono wpływ stresu na jakość pracy ratowników oraz dostępne formy pomocy psychologicznej dla osób pracujących w trudnych warunkach psychicznych. To nadal temat tabu w polskich realiach, pomijany lub niedoceniany wśród pracodawców i pracowników ratownictwa.

Głównym tematem drugiego dnia konferencji był terroryzm. Jesteśmy zmuszeni zmierzyć się z tym problemem jako społeczeństwo oraz jako służby ratownicze, biorące udział w bezpośrednich działaniach antyterrorystycznych. Zwrócono uwagę na konieczność współdziałania służb biorących udział w działaniach antyterrorystycznych, których nieodłącznym elementem powinny być wspólne warsztaty i ćwiczenia. Zapoznaliśmy się również ze specyfiką działań ratowniczych w warunkach bojowych. Niezwykle interesującym elementem konferencji była symulacja zamachu terrorystycznego w plenerze, na jednym z dziedzińców zamkowych. Ćwiczenia te były z pewnością ciekawe i spektakularne, ale co ważniejsze – zobrazowały istnienie licznych zagrożeń w miejscu zamachu z którymi na co dzień nie zawsze się liczymy.

Uczestnicy konferencji mieli okazję zapoznać się z rolą i zadaniami pielęgniarki ratunkowej w USA. Doświadczenia służb ratowniczych w USA pokazały obrazowo jak bardzo brakuje w Polsce procedur, określające zakres kompetencji i odpowiedzialności poszczególnych członków zespołów medycznych. Przybliżono problem dekontaminacji pacjentów w SOR. Wtórne skażenie personelu jest tym, czego bezwzględnie należy uniknąć, zwłaszcza podczas zdarzenia masowego. Dokonana została analiza rozwiązań wykorzystywanych w ratownictwie medycznym przez praktyków, od CPR-u do SOR-u która udowodniła, że prawidłowa współpraca wielu służb i jednostek jest trudna, często ich wzajemne współdziałanie jest w praktyce najsłabszym elementem akcji ratunkowej. Kluczem konferencji było słowo TRIAGE – a jego historia, począwszy od zarania dziejów działań wojennych, przybliżyła sens i wartość segregacji na tle historii i kultur.

Urokliwe zakątki Zamku Książ i jego otoczenia były ciekawą scenerią konferencji. Nie przyćmiły jednak istotnej wartości merytorycznej tego spotkania wynikającej z obecności wielu znamienitych gości i mówców, a także zaangażowania uczestników. V konferencja świadczy o tym, że PTPR jest poważaną i liczącą się platformą dyskusji dotyczącej ratownictwa medycznego. Warto z tej pozycji korzystać poprzez tworzenie kolejnych inicjatyw i dążenie do ich skuteczniana, gdyż jako środowisko zawodowe z pewnością mamy wiele do zaproponowania.

*Komitet Organizacyjny PTPR.*



## Prowadzenie porodu u młodocianych

Psychofizyczne przygotowanie do odbycia porodu jest swoistym treningiem, przysposabiającym do pełnego uczestnictwa w tym ważnym wydarzeniu. Często ciąża i poród wyzwalają różnego rodzaju lęki i niepokoje związane z brakiem dostatecznej wiedzy o fizjologicznym ich przebiegu. Psychoprofilaktyka porodu ma na celu wyeliminowanie lęku, radzenie sobie z bólem porodowym [3, 4, 9].

Kobieta świadoma czym jest poród, stara się relaksować między skurczami, w czasie skurczu umie prawidłowo oddychać i koncentrować się na tym, aby dziecko urodziło się w jak najlepszym stanie. Nabycie umiejętności pełnego rozluźnienia gwarantuje spokojne oczekiwanie na poród, zmniejsza napięcie i lęk przed porodem. Relaks jest bardzo istotnym czynnikiem ułatwiającym poród, zmniejsza wszelkiego rodzaju stresy, zmęczenie oraz znużenie psychiczne i fizyczne, pomaga odprężyć się i wzmacnić odporność psychiczną. Wszechstronne przygotowanie do porodu ma bardzo korzystny wpływ na samopoczucie ciężarnych. Znacznie rzadziej obserwuje się u nich zaburzenia emocjonalne i obawy o siebie i dziecko. Stwierdzono również pozytywny wpływ ćwiczeń fizycznych na przebieg porodu i stan noworodka. U kobiet takich obserwuje się większy odsetek porodów fizjologicznych, krótszy czas trwania porodu i lepszy stan dziecka po urodzeniu [5, 6, 20].

Przez odpowiednie oddychanie uzyskuje się rozluźnienie mięśni ścian brzucha. Tylko regularna i odpowiednio wczesna nauka oddychania zaprocentuje w czasie porodu. Tego wszystkiego uczone są ciężarne w Szkołach Rodzenia [9, 11, 20, 22].

Muzyka jest również wspaniałym sposobem relaksacji. Odpowiednia muzyka powoduje zmniejszenie napięcia psychofizycznego, ułatwia wentylację oddechową, redukuje napięcie mięśniowe, działa antylękowo, antydepresyjnie i uprzyjemnia czas oczekiwania [9, 26, 32].

Rodząca ma większe poczucie bezpieczeństwa, jeżeli podczas porodu czuje, że otoczona jest dobrą, fachową opieką. Kiedy położne wykonują swoje zadania z pasją i zaangażowaniem, zazwyczaj kobieta też staje na wysokości zadania bez względu na to ile ma lat. Musimy pamiętać, że każda kobieta staje przed wyzwaniem, jakim jest poród jej dziecka [5, 6, 9, 26].

Podczas pierwszej fazy porodu rodząca powinna jak najwięcej chodzić. Może także korzystać z drabinek lub piłki. To położna musi wytłumaczyć rodzącej, że bujanie się na piłce daje odpowiednie ustawienie miednicy, masuje krocze, pomaga w obniżaniu się główki dziecka w kanale rodny. Aby pomóc młodej dziewczynie czasami wystarczy trzymać ją za rękę, zachęcać do zmiany pozycji i zapewniać, że wszystko będzie dobrze [6, 9, 11, 12]. Kiedy skurcze mięśnia

macy nasilają się, wskazana jest ciepła kąpiel, nawet jeżeli nie ma wanny na sali porodowej, proponuje się rodzącej kąpiel pod prysznicem. Kobieta czuje wtedy ogromną ulgę, rozluźnia się odpoczywa [6, 9, 11, 12].

Pierwsze regularne skurcze mięśnia macy rozpoczynają okres rozwierania szyjki macy, rozpoczynają czynność porodową. Okres rozwierania jest okresem bólu porodowego. Skurcze mięśnia macy odczuwane przez rodzącą jako ból powodują rozwieranie szyjki macy do rozmiarów umożliwiających przejście główki i powodują zstępowanie główki aż do dna miednicy. Dlatego ważne jest łagodzenie bólu porodowego, usunięcie obaw przed porodem i napięcia, i tutaj mówimy dostrzegamy wielką rolę doświadczonej położnej [9, 11, 26]. Im przygotowanie psychoprofilaktyczne jest skuteczniejsze, tym mniejsze będzie zużycie środków łagodzących ból, które nie zawsze są bezpieczne [9, 11, 26].

Bardzo ważna jest również atmosfera panująca na sali porodowej. Aby standardowe zabiegi medyczne na sali porodowej rodzącej nie przerażały musi ona być na bieżąco informowana o tym, co i kiedy będzie robione. Ważne żeby rodzącą zapoznać z blokiem porodowym i personelem tu pracującym. Poczucie się bardziej komfortowo, jeśli zapozna się z miejscem gdzie będzie rodzić swoje dziecko [9, 11, 26]. Poród jest tym łatwiejszy, im bardziej spontanicznie może się zachować rodząca.

Zalety pozycji wertykalnych i swobodnego poruszania się rodzącej podczas porodu:

- wzrasta siła skurczów, a kanał rodny rozszerza się;
- zwiększa się regularność i częstotliwość skurczów mięśnia macy;
- ułatwione i przyspieszone rozwieranie kanału szyjki macy;
- następuje pełna relaksacja między skurczami;
- tłocznia brzuszna działa silniej- przy minimalnym wysiłku mięśniowym;
- zwiększa się siła a nacisku główki dziecka na ujście w fazie międzyskurczowej, mięśnie dna miednicy lepiej rozciągają i odprężają się, stąd ryzyko pęknięcia czy konieczności nacięcia krocza zmniejsza się;
- pierwsza i druga faza porodu skraca się o około 40%;
- większy komfort, mniejsze napięcie (lęk, strach), a w związku z tym mniejsze zapotrzebowanie na leki przeciwbólowe i naskurczowe;
- wydajne oddychanie matki, łożysko jest lepiej ukrwione, lepszy stan dziecka po urodzeniu;
- współpraca mięśni wypychających do przodu i siły ciężkości skierowanej w dół wspiera dynamikę porodu, a to jest możliwe jedynie w pozycji pionowej;



– nie dochodzi do spadku ciśnienia tętniczego krwi;  
 – kontakt z osobami pomagającymi działa odprężająco na – rodzącą, silna więź emocjonalna matki z dzieckiem natychmiast po porodzie; wzmacnia się działanie oksycytocyny oraz prostoglandyn i endorfin [1, 3].

Przez ustawienie miednicy i kręgosłupa w pozycji stojącej i kucznej światło kandy prostuje się, co ułatwia schodzenie główki w kanale rodnym. Skurcze macicy są wtedy silniejsze, regularniejsze i częstsze, a kobieta może je lepiej opanować przez poruszanie się, chodzenie i zmianę pozycji ciała w zależności od potrzeb. Odczuwalność skurczów zmniejsza się, natomiast pomiędzy skurczami jest możliwe lepsze odprężenie. Rozwieranie szyjki macicy w pozycji stojącej jest ułatwione i przyspieszone a mięśnie na miednicy lepiej się rozciągają i odprężają. Lepsze jest również oddychanie, nie dochodzi do spadku ciśnienia krwi, lepszy jest stan krążenia matki i dziecka, co powoduje lepsze ukrwienie łożyska. Jeżeli rodząca czuje się zmęczona możemy zaproponować pozycję w kłku podpartym na materacu lub worku sacco. Jest to doskonała forma relaksu. Na worku sacco kobieta rodząca może siedzieć, leżeć, kłęcząc lub wspierać się o niego rękami [9, 11, 30].

Położna nadzoruje poród, pomaga, proponuje zmiany i jest dyskretna, pełna szacunku i życzliwości dla każdej rodzącej, a szczególnie rodzącej młodocianej. Rodząca może spytać położną o wszystko bez skrępowania i powinna uzyskać zawsze rzeczową, szczerą odpowiedź [3, 9, 12, 20].

W drugim okresie porodu, kiedy następuje zmiana nasilenia skurczów oraz silne odczucie parci, wzmacnia się strach w rodzącej. Obecność życzliwych osób pomaga w przezwyciężaniu strachu. Wszystkie czynności przygotowujące rodzącą do aktu porodu muszą być wykonywane sprawnie bez pośpiechu i nadmiernej nerwowości [2, 6, 9, 19].

Badania dowodzą, że u nieletnich rodzących nie obserwuje się częstszego występowania powikłań śródporodowych, takich jak pęknięcia szyjki macicy, czy pęknięcie krocza, jak u kobiet dojrzałych. Natomiast porody zakończone cięciem cesarskim występują rzadziej

[8, 10, 20, 25]. Według Dębskiego liczbę porodów u młodych kobiet można traktować jako wyznacznik edukacji seksualnej społeczeństwa [34]. Na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat obserwuje się w Polsce stały progresywny wzrost liczby porodów u kobiet przed ukończeniem 18 roku życia. Wzrasta również liczba ciąży u bardzo młodych kobiet przed 16 rokiem życia. Największy wpływ na taki stan ma brak dostępu do rzetelnej merytorycznej wiedzy z zakresu edukacji seksualnej. I tu również widzimy miejsce pracy doświadczonej położnej [32, 34].

#### **Podsumowanie:**

W relację pomiędzy pacjentką i położną wpisana jest nierówność pozycji. Należy pamiętać, że pacjentka jest zawsze laikiem w sprawach medycznych i jest zależna od personelu medycznego. Dlatego tak ważna jest zwykła ludzka życzliwość. Pacjentka ma prawo do poszanowania intymności i godności osobistej w czasie udzielania jej świadczeń zdrowotnych [11, 12, 31]. Sprawy związane z ciążą i porodem głęboko angażują, nie tylko ciało kobiety, ale także jej psychikę i tożsamość. Z jej perspektywy, ciąża, poród, pierwsze dni z dzieckiem to najważniejsze momenty w życiu. Od położnej i lekarza zależy, jak kobieta będzie wspominała początki swojego macierzyństwa [11, 12, 17].

Należy dostarczać rzetelne informacje, przedstawiać różne możliwości, podsuwać pomysły, akceptować i nie osądzać [3, 11, 12]. Każda kobieta powinna być informowana o wszystkim, co się dzieje z nią i jej dzieckiem. Rzetelna informacja mniejsza stres i wpływa na lepszą współpracę pacjentki i personelem medycznym [3, 11, 12].

Również wyjaśnianie celowości zabiegów, jak i pytanie o zgodę na dany zabieg, nawet gdy zabieg ten jest rutynowy i oczywisty, jest bardzo ważne dla prawidłowych relacji między ciężarną, rodzącą a personelem medycznym. Przy udzielaniu wszelkich informacji należy używać zrozumiałego języka, unikać terminów medycznych [3, 11, 12, 31].

Kobieta potrzebuje akceptacji i pochwał, a nie pouczania, dlatego też tak ważna jest opieka życzliwej, wyrozumiałej i mądrej położnej w opiece nad młodocianą ciężarną, rodzącą [3, 11, 12, 31].

Iłona Bilko

Licencjat położnictwa  
 położna pracująca w WSzS w Białej Podlaskiej

**Bibliografia dostępna w redakcji biuletynu.**





Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej  
 Pope John Paul II State School of Higher Vocational Education in Biala Podlaska

## Edukacja zdrowotna a postawy studentek Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej wobec wykonywania samobadania piersi.

### Wstęp

Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet w Polsce (22%). W 2009 roku raka piersi rozpoznano u ponad 15700 kobiet [2]. Bardzo ważną rzeczą dla każdej kobiety jest umiejętność samooceny swojego zdrowia. Obserwacja własnego organizmu i znajomość podstawowych zmian zachodzących w nim w poszczególnych okresach życia, pozwala na szybkie wykrycie wszelkich nieprawidłowości i chorób, które skłonią do odpowiednio wczesnego zgłoszenia się do lekarza i podjęcia ewentualnego leczenia.

Takie postępowanie może niejednokrotnie zapobiec wielu groźnym chorobom a czasami nawet ratować życie. W związku z coraz częściej wykrywanym rakiem piersi, zachęca się wszystkie kobiety, bez względu na wiek, do wykonywania badań profilaktycznych w tym kierunku. Najprostszym z nich jest samobadanie piersi, które kobieta może wykonać samodzielnie, bez narażania się na stres związany z uczuciem wstydu w trakcie badania piersi przez lekarza. Stanowi ono najlepszą profilaktykę guzów piersi. Należy wziąć pod uwagę fakt, że większość nowotworów piersi jest wykrywana przez same kobiety podczas samodzielnego badania. Kobieta jest w stanie wykryć nawet niewielkie zmiany, które mogą być często nie zauważone podczas rutynowych badań lekarskich. Jak wiadomo, wielkość guza w momencie podjęcia leczenia ma niezmiernie istotne znaczenie, gdyż od tego uzależniony jest dalszy przebieg leczenia i rokowanie. Im guz mniejszy tym rokowanie lepsze. Tyczy się to w dużej mierze guzów złośliwych. Nie wszystkie bowiem guzy w piersi są zmianami nowotworowymi. Część z nich to łagodne włókniaki, gruczolaki czy torbiele[1]. Najważniejsze by pozbyć się wszelkich uprzedzeń związanych z dotykiem własnego ciała. Jest to jedna z najprostszych metod badania, która w przypadku wykrycia nieprawidłowości powinna być potwierdzona badaniem lekarskim oraz dodatkowymi badaniami jak np. mammografia [2].

Samobadanie oraz ocena gruczołów piersiowych powinno być regularną czynnością każdej kobiety. Ma ono na celu dokładne poznanie budowy piersi jak również zachodzących w nich zmian podczas cyklu miesięczkowego. Regularne przeprowadzanie samodzielnego badania piersi pozwoli na wypracowanie prawidłowej techniki oraz sprawi, że będzie ono wykonywane coraz sprawniej i nie będzie zajmowało zbyt wiele czasu. Podstawą wiarygodności badania jest jego systematyczne przeprowadzanie raz w miesiącu[3]. U kobiet miesięczkujących badanie powinno się wykonywać kilka dni po miesiączce, najlepiej zawsze w tym samym dniu cyklu. Pozwoli to na wczesne zauważenie zmian w gruczołach piersiowych nie związanych z cyklem menstruacyjnym.

### Materiał

Badaniem objęto 134 studentki z kierunku pedagogika, kształcących się w Państwowej Szkole Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej. Respondentki brały udział w programie profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi „Samobadanie to zapobieganie” realizowanego przez członkinie Studenckiego Koła Naukowego „Diagnoza” w okresie od kwietnia do października 2010 roku. Program obejmował - przekazanie najważniejszych informacji o raku piersi, zapoznanie kobiet z techniką samobadania piersi, warsztaty edukacyjne dotyczące samobadania piersi. Analizie poddano 134 ankiety obejmujące wiedzę studentek przed i po szkoleniu.

Wiek badanych mieścił się w przedziale 20 – 24 lata. Większość ankietowanych kobiet była w przedziale wiekowym 21 - 22 lata (75%), mieszkających na wsi (50%), niezamężnych (97%). Ponad 80% respondentek nie uczestniczyła nigdy w zajęciach dotyczących samokontroli gruczołów piersiowych.

### Metoda

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety opracowany dla potrzeb badań, składający się z dwóch części. Część pierwsza, wypełniana przed realizacją programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi „Samobadanie to zapobieganie”, zawierała pytania dotyczące działań w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi. Część druga, obejmowała ocenę postaw studentek wobec samobadania piersi po realizacji programu edukacyjnego oraz ocenę zajęć.

### Wyniki badań

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że spośród 134 kobiet tylko 46 (34%) badało regularnie swoje piersi.

Ponad połowa ankietowanych (52%) uważa, że problem raka piersi dotyczy tylko kobiet, pozostałe uważają, iż na raka piersi są narażeni także mężczyźni.

Zdecydowana większość kobiet (90%) deklarowała, iż udział w programie edukacyjnym na temat samobadania piersi zachęciłby do profilaktyki raka piersi (tab.1).

Tabela 1. Wpływ wzrostu wiedzy na temat samobadania piersi na podjęcie decyzji w zakresie profilaktyki raka piersi.

Czy uważasz, że program edukacyjny na temat samobadania piersi zwiększając Twoją wiedzę zachęciłby Cię do profilaktyki?	N	%
Tak	121	90
Nie	13	10





Na pytanie „Czy uważasz, że podczas wizyty lekarz ginekolog powinien przeprowadzić badanie piersi oraz edukację w kierunku samobadania ?” prawie wszystkie (99%) odpowiedziały twierdząco, oczekując od lekarza ginekologa przeprowadzenia badania piersi i edukacji w zakresie samobadania (tab.2).

Tabela 2. Oczekiwanie kobiet wobec lekarza ginekologa w zakresie profilaktyki raka piersi.

Czy uważasz, że podczas wizyty lekarz ginekolog powinien przeprowadzić badanie piersi oraz edukację w kierunku samobadania ?	N	%
Tak	133	99
Nie	1	1

Kolejne pytanie otwarte dotyczyło znajomości symbolu różowej wstążki. Większość badanych (83%) odpowiedziała, iż różowa wstążka jest symbolem walki z rakiem piersi. Pozostałe osoby nie udzieliły żadnej odpowiedzi.

W drugiej części ankiety zostały zamieszczone 3 pytania dotyczące oceny zajęć oraz postaw studentek wobec samobadania piersi po realizacji programu edukacyjnego „Samobadanie to zapobieganie”.

Do oceny zajęć użyto pięciostopniowej graficznej skali od 1. do 5, gdzie cyfra 1. oznaczała zajęcia nieinteresujące a cyfra 5. zajęcia bardzo interesujące. Zdecydowana większość kobiet oceniła zajęcia jako interesujące i bardzo interesujące (89%). Dla 12. osób szkolenie było dość interesujące, natomiast dla trzech osób – mało interesujące (tab.3).

Tabela 3. Ocena szkolenia.

Zajęcia były dla Ciebie	N	%
1 - nieinteresujące	0	0
2 - mało interesujące	3	2
3 - dość interesujące	12	9
4 - interesujące	98	73
5 - bardzo interesujące	21	16

Kolejne pytanie dotyczyło przekonania o potrzebie systematycznego badania piersi. Zdecydowana większość ankietowanych (78%) jest przekonana o potrzebie systematycznego badania piersi, 21 % częściowo, jedna osoba – wcale (tab.4).

Tabela 4. Ocena systematycznego badania piersi.

Czy jesteś przekonana(y) o potrzebie systematycznego badania piersi?	N	%
tak	105	78
częściowo	28	21
wcale	1	1

Po realizacji programu edukacyjnego w zakresie profilaktyki i wczesnego raka piersi większość kobiet zadeklarowała, iż w najbliższym miesiącu rozpocznie samobadanie piersi (78%), w przyszłości planuje badać 9% ankietowanych. Nie planuje badać piersi 2% badanych, nie wie czy rozpocznie samobadanie 11% ankietowanych (tab.5).

Tabela 5. Podjęcie decyzji o rozpoczęciu samokontroli piersi.

Czy sądzisz, że zaczniesz sama/sam badać sobie piersi?	N	%
tak, w najbliższym miesiącu	105	78
tak, w przyszłości	12	9
nie	3	2
nie wiem	14	11

### Wnioski

- Większość kobiet po raz pierwszy uczestniczyła w zajęciach poświęconych profilaktyce raka piersi oraz poznała techniki i metody prawidłowego samobadania piersi.
- Wśród studentek nie ma zwyczaju samobadania piersi. Tylko 34% kobiet kiedykolwiek badało swoje piersi.
- Zadowolający jest fakt, że zdecydowana większość studentek zadeklarowała rozpoczęcie comiesięcznego samobadania piersi po przeprowadzonym szkoleniu w zakresie profilaktyki raka piersi.
- Uczestnicy programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi „Samobadanie to zapobieganie” w zdecydowanej większości ocenili zajęcia jako interesujące.

### Streszczenie

Celem przeprowadzonych badań była próba oceny postaw studentek Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej wobec wykonywania samobadania piersi przed i po realizacji programu edukacyjnego w zakresie profilaktyki raka piersi „Samobadanie to zapobieganie”.

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety opracowany dla potrzeb badań, składający się z dwóch części. Część pierwsza, wypełniana przed realizacją programu zawierała pytania dotyczące działań w zakresie wczesnego wykrywania raka piersi. Część druga, obejmowała ocenę postaw studentek wobec samobadania piersi po realizacji programu edukacyjnego oraz ocenę zajęć. Większość kobiet po raz pierwszy uczestniczyła w zajęciach poświęconych profilaktyce raka piersi oraz poznała techniki i metody prawidłowego samobadania piersi. Tylko 34% kobiet kiedykolwiek badało swoje piersi. Zadowolający jest fakt, że zdecydowana większość studentek zadeklarowała rozpoczęcie comiesięcznego samobadania piersi po przeprowadzonym szkoleniu w zakresie profilaktyki raka piersi.

Piśmiennictwo:

- Engel J.: Choroby piersi. Bauer-Weltblid Media, Warszawa 2006
- Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2009 roku. Centrum Onkologii, Warszawa 2011, str. 38
- Zatoński W. (red.) Europejski kodeks walki z rakiem (2003). Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 2009, s.81

**Paulina Król**

**Katarzyna Kowalczyk**

Studentki Pielęgniarstwa, członkinie Studenckiego Koła Naukowego Diagnostyka działającego przy PSW w Białej Podlaskiej



„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”



**Pani Barbarze Świerszcz**  
wyraży głębokiego współczucia  
z powodu śmierci **TATY**  
składają koleżanki i koledzy  
z Oddziału Dziecięcego  
z SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

„Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze bo zostawili ślady w naszych sercach”



**Pani Janinie Chacewicz**  
z powodu śmierci **MAMY**  
Wyraży głębokiego współczucia  
składają koleżanki i koledzy  
ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego  
z SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

„Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze bo zostawili ślady w naszych sercach”



**Pielęgniarcze Grażynie Kratiuk**  
z powodu śmierci **MAMY**  
Wyraży głębokiego współczucia  
składają pielęgniarki  
z Wojewódzkiego Szpitala dla  
Nerwowo i Psychiczenie Chorych  
w Suchowoli

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”



**Pani Joannie Kowalczyk**  
wyraży głębokiego współczucia  
z powodu śmierci **MĘŻA**  
składają koleżanki z Oddziału  
Urazowo-Ortopedycznego  
z SP ZOZ w Radzynie Podlaskim

Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”



**Pani Edycie Krutel**  
Wyraży głębokiego żalu z powodu  
śmierci **MAMY**  
składają  
współpracownicy z Oddziału  
Kardiologii Wojewódzkiego  
Szpitala Specjalistycznego  
w Białej Podlaskiej

Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”



**Panu Stefanowi Siwkowi**  
Wyraży głębokiego żalu z powodu  
śmierci **MAMY**  
składają  
koleżanki i koledzy  
z Pogotowia Ratunkowego  
w Radzynie Podlaskim

„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”



**Pani Mirosławie Jawoszek**  
Wyraży głębokiego współczucia  
z powodu śmierci **TATY**  
Składają współpracownicy  
z Oddziału Okulistycznego  
Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego  
w Białej Podlaskiej

„Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze bo zostawili ślady w naszych sercach”



**Pielęgniarcze Beacie Waniek**  
Wyraży głębokiego współczucia  
z powodu śmierci **TATY**  
Składają współpracownicy  
z Oddziału Zakaźnego  
Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego w Białej  
Podlaskiej

„Nie odchodzi Ten, kto pozostaje w sercach bliskich”



**Pielęgniarcze Marii Dymidiuk**  
Wyraży głębokiego współczucia  
z powodu śmierci **TATY**  
Składają koleżanki  
z Oddziału Chorób Wewnętrznych  
Wojewódzkiego Szpitala  
Specjalistycznego  
w Białej Podlaskiej





*„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”*



**Pielęgniарce Renacie Porzeżyńskiej**

Wyraży głębokiego współczucia z powodu śmierci

**TATY**

Składają pielęgniarki i lekarze z Oddziału  
Anestezjologicznego i Intensywnej Terapii  
oraz Oddziału Chirurgii z SP ZOZ w Parczewie

*„Ludzie, których kochamy, zostają na zawsze bo zostawili ślady w naszych sercach”*



**Pielęgniарce Bożenie Skrzeczkowskiej**

Wyraży głębokiego żalu z powodu śmierci

**TATY**

Składają pielęgniarki i lekarze  
z SP ZOZ w Parczewie

*„Odeszły, ale trwają w Naszej pamięci”*



Pielęgniarki z Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Parczewie

**Śp. Pielęgniarka Elżbieta Filipowicz**

oraz

**Śp. Pielęgniarka Ewa Filip**

po ciężkiej, nieuleczalnej chorobie odeszły  
do Pana na wieczny dyżur.

Z wyrazami żalu i współczucia pielęgniarki z SP ZOZ w Parczewie

*Nie stój nad mym grobem i nie rój łez.  
Nie ma mnie tam; nie zasnęłam też.  
Jestem tysiącem wiatrów dmących.  
Jestem diamentowym błyskiem na śniegu lśniącym.  
Jestem na skoszonym zbożu światłem promiennym.  
Jestem przyjemnym deszczem jesiennym.  
Kiedy tyś w porannej ciszy zbudzony  
Jestem ruchem - szybkim, wznoszonym,  
Ptaków cichych w locie krążących  
Jestem łagodnym gwiazd blaskiem nocnym.  
Nie stój nad mym grobem i nie rój łez.  
Nie ma mnie tam; nie zasnęłam też.  
Nie stój nad mym grobem i nie płacz na darmo.  
Nie ma mnie tam. Ja nie umarłam.*

Mary Frye