

# BIULETYN INFORMACYJNY

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej

Nr 1/92/2015



**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 41 47 628; tel/fax.: 83 343 60 83  
**e-mail: [oiplibp@poczta.onet.pl](mailto:oiplibp@poczta.onet.pl)**  
**www.oiplibp.pl**

**Biuro Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych czynne  
poniedziałek - piątek 8<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>**

**INFORMATOR OIPIP:**

W biurze OIPIP dyżury 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  
II i IV poniedziałek miesiąca,  
godz. 15<sup>00</sup>-16<sup>00</sup>

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu  
Pielęgniarek i Położnych**

mgr 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,  
Danuta Pawlik, Iwona Denicka,  
Joanna Głowacka, Anna Olisiejuk,  
Ilona Bilko

**Druk:** Poligraf Joanna Goś Drelów

## Spis treści

Od redakcji.....	3
 Kalendarium OIPIP.....	4
 Uchwały ORPiP.....	4
 Informacje z NRPiP.....	10
 Informacje.....	13
 Dział prawny.....	24
 Kształcenie podyplomowe.....	26
 Referaty.....	34
 Z żałobnej karty.....	37

### 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.



## OD REDAKCJI

### *Szanowni Państwo,*

Rok 2015 rozpoczął się bardzo energicznie, realizujemy zadania bieżące, planujemy spotkania, szkolenia, konferencje. Przygotowujemy dwa zjazdy: XXIX Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, który jest zjazdem budżetowym i planowany jesienią Wyborczy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych, który jest zjazdem podsumowującym VI kadencję i rozpoczynającym kolejną kadencję działania samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Już dziś serdecznie zapraszam i zachęcam do czynnego udziału w przyszłych pracach samorządu. Rozpoczęliśmy prace zmierzające do wyboru nowych delegatów a następnie, podczas zjazdu wyborczego – wyboru składu organów OIPIP w Białej Podlaskiej. W aktualnym wydaniu Biuletynu Informacyjnego zamieszczamy ważną uchwałę Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej, która wskazuje osoby odpowiedzialne za przeprowadzenie wyborów. Sukcesywnie informacje te będziemy rozszerzać, prosimy więc o śledzenie wiadomości na stronie internetowej OIPIP w Białej Podlaskiej, ze wszelkimi pytaniami możecie Państwo zwracać się do biura OIPIP.

Od końca ubiegłego roku mówimy, również o współpracy samorządu zawodowego z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych.

Porozumienie o współpracy zawarte zostało pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych w Warszawie reprezentowanym przez Lucynę Dargiewicz - Przewodniczącą OZZPIP a Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych w Warszawie reprezentowaną przez Grażynę Rogalę Pawelczyk – Prezesa NRPIP. Treść porozumienia prezentujemy na łamach naszego Biuletynu. Do podpisania porozumienia na poziomie regionalnym doszło w końcu ubiegłego roku, a w międzyczasie podobne porozumienia podpisywane są w całej Polsce. Jest to początek intensyfikacji działań na rzecz poprawy warunków pracy i wynagrodzeń pielęgniarek, pielęgniarzy i położnych. O dalszym toku podejmowanych działań będziemy informować na bieżąco.

Oby odważne rozmowy, wzajemne wsparcie, odpowiedzialna współpraca ludzi zaangażowanych w opiekę nad pacjentami dały oczekiwane efekty. Jesteśmy częścią społeczności, pracowników ochrony zdrowia, która zna i w pełni docenia wagę komunikowania się. Chcemy pracować, chcemy współpracować, chcemy pomagać, ale nie możemy pozwolić, zgodzić się na wykorzystywanie. Nie chcemy zgodzić się na nadmiar obowiązków, bo w konsekwencji spowodować to może niekorzystne skutki.

Jak podkreślają przedstawiciele samorządu zawodowego i związków zawodowych – w Polsce doszło do pogorszenia się warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej. Sukcesywnie dochodzi do nakładania na pielęgniarki i położne kolejnych obowiązków, w tym także niezwiązanych z kwalifikacjami i kompetencjami zawodowymi. Nastąpił realny spadek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, nie ma niestety żadnych przesłanek aby Rząd RP wykazywał wolę realizacji korzystnych dla naszego środowiska zmian w ustawodawstwie.

Rozmawiajmy, bo wartość komunikacji jest nieoceniona. Potęgą dobrej komunikacji wzmocniona wiedzą merytoryczną, niech stanie się naszą zawodową dewizą. Chcemy poprzez akcję informacyjną zwrócić uwagę społeczeństwa na pogarszające się warunki pracy i wynagrodzeń. Ale czy przyniesie to zamierzone efekty, czy będziemy musiały podjąć bardziej radykalne działania? Co zrobić aby nasze działania były skuteczne?

*Życzenia radosnych Świąt Wielkanocnych pełnych wiary, miłości i nadziei, wypełnionych nadzieją budzącej się do życia wiosny, serdecznych spotkań w gronie rodziny i wśród przyjaciół*

*w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej  
składa Elżbieta Celmer vel Domańska*

*Marzec. Wracamy z parku.  
Wreszcie przeszła zima.  
Spod stopniałego śniegu  
wyjrzały murawy.  
Drzewa nagie, lecz pierwsze  
kłębkują już trawy,  
Choć na stawie zielony,  
cienki lód się trzyma.*

*Z upojonymi wiosną  
wracamy oczyma,  
Krokiem lekkim, jak podczas  
tanecznej zabawy.  
Ulicą po słonecznej stronie  
idziem prawej,  
Za sobą ciepło słońca  
czujemy płecyma.*

*W rozpiętych płaszcach śpieszą  
ochoczo przechodnie,  
Jacyś świeżsi, wesoło  
patrzą i pogodnie;  
Nianki z dziećmi wychodzą  
z ziemnych domów sieni.*

*A my, pierwszą przechadzką  
dumnie upojeni,  
Idziem w miasto po płytach  
suchych już chodników,  
Z grudką pulchnej ziemi  
na piętach trzewików.*

*Leopold Staff*





## KALENDARIUM OIPiP



09.01.2015r.	Konferencja „ <b>Problemy zawodowe pielęgniarek i położnych. Zachowania agresywne pacjenta a prawa i ochrona pielęgniarek i położnych</b> ”. Organizowana przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
12-14.02.2015r.	Posiedzenie NRPiP. Uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP Elżbieta Celmer vel Domańska.
21.01.2015r.	Spotkanie Komisji ds. Pielęgniarstwa rodzinnego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
28.01.2015r.	Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Urazowo-Ortopedycznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej – uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska.
05.02.2015r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
06.02.2015r.	Spotkanie Przewodniczących ORPiP oraz Związków Zawodowych woj. lubelskiego w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Lublinie – uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca.
10.02.2015r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów OIPiP w Białej Podlaskiej.
12.02.2015r.	Konferencja „ <b>Postępowanie z raną przewlekłą</b> ” organizowane przez firmę Evereth przy współpracy z Okręgową Radą Pielęgniarek i Położnych oraz Państwową Szkołą Wyższą im. Jana Pawła II w Białej Podlaskiej; Zakład Pielęgniarstwa.
20.02.2015r.	Konkurs na stanowisko Ordynatora Oddziału Kardiologicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej – uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska.
23.02.2015r.	Konkurs na stanowisko Oddziału Dziecięcego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej – uczestniczyła Elżbieta Celmer vel Domańska.
26.02.2015r.	Warsztaty dla Przewodniczących ORPiP „ <b>Zdarzenie niepożądane - Jak rozmawiam z mediami</b> ”
09.03.2015r.	Posiedzenie Komisji Kształcenia OIPiP w Białej Podlaskiej.
10.03.2015r.	Posiedzenie Okręgowej Komisji Wyborczej na Okręgowy Zjazd VII Kadencji samorządu.
10.03.2015r.	Posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
17.03.2015r.	Posiedzenie Komisji ds. Emerytów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.
21.03.2015r.	Warsztaty dla Położnych i Pielęgniarek organizowane przez Uniwersytet Zdrowia Kobiety oraz Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w Dworku Diana w Sławacinku Nowym k/Białej Podlaskiej.
26.03.2015.	XXIX Sprawozdawczo - Budżetowy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.



## UCHWAŁY ORPiP

1.	Uchwała Nr 161/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 grudnia 2014r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia
2.	Uchwała Nr 162/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 grudnia 2014r. w sprawie zamówienia prenumeraty czasopism i zakupu książek do biblioteki Okręgowej Izby oraz zamówienia prenumeraty „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” dla członków Okręgowej Rady, Przewodniczącej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Rzecznika, Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych oraz Pełnomocnych Przedstawicieli ORPiP w Białej Podlaskiej na rok 2015.
3.	Uchwała Nr 163/VI/2014 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 grudnia 2014r. w sprawie planu pracy Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na rok 2015.
4.	Uchwała Nr 164/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 grudnia 2014r. w sprawie przyznania zapomogi losowej.

**BIULETYN INFORMACYJNY NR 1/92/2015**

5.	Uchwała Nr 165/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 grudnia 2014r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
6.	Uchwała Nr 166/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 grudnia 2014r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia
7.	Uchwała Nr 167/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 grudnia 2014r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia
8.	Uchwała Nr 168/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 grudnia 2014r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia
9.	Uchwała Nr 169/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 grudnia 2014r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia
10.	Uchwała nr 170/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 grudnia 2014r. w sprawie wypłaty wynagrodzenia autorskiego za publikacje do Biuletyn Informacyjnego
11.	Uchwała nr 171/VI/14 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 16 grudnia 2014r. w sprawie sfinansowania kosztów zakupu notebooka do biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
12.	Uchwała nr 172/VI/15 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 5 lutego 2015r. w sprawie refundacji kosztów kształcenia
13.	Uchwała nr 173/VI/15 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 5 lutego 2015r. w sprawie zarządzenia wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych VII kadencji
14.	Uchwała nr 174/VI/15 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 5 lutego 2015r. w sprawie określenia kalendarza wyborczego
15.	Uchwała nr 175/VI/15 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 5 lutego 2015r. w sprawie powołania Okręgowej Komisji Wyborczej
16.	Uchwała nr 176/VI/15 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 5 lutego 2015r. w sprawie przyjęcia regulaminu działania Okręgowej Komisji Wyborczej
17.	Uchwała nr 177/VI/15 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 5 lutego 2015r. w sprawie wytypowania przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do pracy w komisji konkursowej na stanowisko Naczelniej Pielęgniarki Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Międzyrzeczu Podlaskim
18.	Uchwała nr 178/VI/15 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 5 lutego 2015r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
19.	Uchwała nr 179/VI/15 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 5 lutego 2015r. w sprawie wykreślenia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
20.	Uchwała nr 180/VI/15 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 5 lutego 2015r. w sprawie przyznania zapomogi losowej
21.	Uchwała Nr 181/VI/15 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 5 lutego 2015r. w sprawie odmowy refundacji kosztów kształcenia
22.	Uchwała Nr 99/VI/14 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 18 listopada 2014r. zmieniająca uchwałę w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat
23.	Uchwała Nr 100/VI/15 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 stycznia 2015r. w sprawie wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych
24.	Uchwała Nr 101/VI/15 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 grudnia 2015r. w sprawie skierowania na odbycie przeszkolenia pielęgniarki po przerwie dłuższej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.
25.	Uchwała Nr 102/VI/15 Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 9 stycznia 2015r. w sprawie sfinansowania zmienionych warunków dostępu do serwisu Prawo i Zdrowie.

**Na podstawie uchwał Okręgowej Rady i Prezydium ORPiP w Białej Podlaskiej podjęto:**

1. Uchwały dotycząca stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek – 2
2. Uchwały dotycząca wpisu do rejestru pielęgniarek – 4
3. Uchwały dotycząca skreślenia z rejestru pielęgniarek - 3
4. Uchwały dotycząca skreślenia z rejestru położnych - 1
5. Uchwała uchylająca uchwałę w sprawie wymiany zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki – 4
6. Uchwała w sprawie podjęcia czynnego wykonywania zawodu pielęgniarki – 1
7. Uchwała w sprawie wydania nowego dokumentu prawa wykonywania zawodu – 2

Danuta Pawlik  
Sekretarz ORPiP



**Uchwała nr 174/VI/15  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej z dnia 5 lutego 2015r.**

**w sprawie określenia kalendarza wyborczego**

Na podstawie art. 31 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U.2011 Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) oraz § 8 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków stanowiącego załącznik do uchwały nr 9 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków, w związku z § 1 uchwały Nr 273/VI/201 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 3 grudnia 2014 r. w sprawie określenia kalendarza wyborczego, uchwała się co następuje:

§ 1.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej określa terminy kalendarza wyborczego i zobowiązuje się do podjęcia stosownych uchwał oraz przesłania do biura Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych danych, o których mowa poniżej.

- 1)W terminie do dnia **1 marca 2015 r.** powołać Okręgową Komisję Wyborczą.
- 2)W terminie do dnia **5 marca 2015r.** przygotować podział na rejony wyborcze i rejestr wyborców.
- 3)W terminie do dnia **10 marca 2015 r.** przekazać liczbę pielęgniarek i liczbę położnych zarejestrowanych w rejestrze wyborców okręgowej izby pielęgniarek i położnych, którym przysługuje czynne prawo wyborcze – stan na 1 marca 2015 r.
- 4)W terminie do dnia **31 lipca 2015r.** należy przeprowadzić zebrania wyborcze w rejonach wyborczych.
- 5)W terminie do dnia **30 listopada 2015r.** przeprowadzić Zjazd Sprawozdawczo-Wyborcze.
- 6)W terminie do dnia **31 grudnia 2015r.** przekazać listę delegatów na VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia

Sekretarz	Przewodnicząca
Danuta Pawlik	Elżbieta Celmer vel Domańska

**Uchwała nr 175/VI/15  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej z dnia 5 lutego 2015r.**

**w sprawie powołania Okręgowej Komisji Wyborczej**

Na podstawie art. 31 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U.2011 Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) oraz § 8 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków stanowiącego załącznik do uchwały nr 9 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków, uchwała się co następuje:

§ 1.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej powołuje Okręgową Komisję Wyborczą celem wyboru delegatów na VII kadencję samorządu pielęgniarek i położnych w składzie:

- 1) Bojarczuk Marianna
- 2) Chwałczyk Krystyna
- 3) Chwedoruk Małgorzata
- 4) Doroszuk Barbara
- 5) Golec Dorota
- 6) Gregor Jolanta
- 7) Marciniuk Iwona
- 8) Olisiejuk Anna
- 9) Polak Beata
- 10) Wala Alicja
- 11) Walczuk-Walczuk Renata
- 12) Zdunek Tadeusz

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz  
Danuta Pawlik

Przewodnicząca  
Elżbieta Celmer vel Domańska

**Załącznik do uchwały Nr 176/VI/2015  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej  
z dnia 5 lutego 2015r.**

**REGULAMIN DZIAŁANIA OKRĘGOWEJ KOMISJI WYBORCZEJ**

§ 1

1. Zadaniem Okręgowej Komisji Wyborczej zwanej dalej „Komisją” jest przeprowadzenie wyborów delegatów na Okręgowy Zjazd, a w szczególności:
  - 1) informowanie o zasadach i organizacji wyborów
  - 2) sporządzenie rejestrów wyborczych
  - 3) ustalenie terminów i miejsc wyborów
  - 4) organizacja głosowania
  - 5) nadzorowanie przeprowadzanych wyborów
  - 6) rozpatrywanie skarg na przebieg wyborów

§ 2

1. Pierwsze posiedzenie Okręgowej Komisji Wyborczej zwołuje Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
2. Na posiedzeniu, o którym mowa w ust. 1 w głosowaniu jawnym dokonuje się wyboru: Przewodniczącego Okręgowej Komisji Wyborczej, Wiceprzewodniczących i Sekretarza.
3. Zawiadomienie o terminie i miejscu posiedzeń przesyła się na 7 dni przed dniem spotkania. Powiadomienie

o spotkaniu może również być przekazywane – bezpośrednio, telefonicznie, faksem lub drogą elektroniczną.

§ 3

1. Pracami Okręgowej Komisji Wyborczej kieruje jej Przewodniczący, a w razie jego nieobecności funkcję tę pełni wyznaczony przez niego Wiceprzewodniczący.
2. Decyzje o zwoływaniu kolejnych posiedzeń Okręgowej Komisji Wyborczej podejmuje jej Przewodniczący, a w razie jego nieobecności wyznaczony przez niego wiceprzewodniczący.
3. Obsługę biurową Okręgowej Komisji Wyborczej zapewnia pracownik biura OIPIP.

§ 4

1. Decyzje Okręgowej Komisji Wyborczej podejmowane są na posiedzeniach, zwykłą większością głosów w obecności, co najmniej połowy członków Komisji.
2. Z przebiegu posiedzenia sporządza się protokół, który zawiera stwierdzenie przebiegu obrad, stosunek głosów przy podejmowanych decyzjach. Do protokołu załącza się listę obecności.

§ 5

1. Okręgowa Komisja Wyborcza przygotowuje rejestr wyborców, który obejmuje osoby wpisane do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych prowadzonego przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej na dzień 1 marca 2015r., którym przysługuje czynne prawo wyborcze.
2. Osoby, które z powodu przeniesienia się na teren innej Izby dokonują skreślenia z listy członków OIPiP, a nie brały udziału w wyborach, dostają zaświadczenie podpisane przez Przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej poświadczające ten fakt.
3. Do rejestru wyborców mogą być dopisane pielęgniarki i położne wpisane na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, o ile przedstawią zaświadczenia, o którym mowa w ust. 3 wydane przez Izbę, do której poprzednio dana osoba przynależała.

§ 6

1. Okręgowa Komisja Wyborcza przygotowuje projekt podziału obszaru OIPiP na rejony wyborcze, który przedstawia do zatwierdzenia okręgowej radzie.
2. Rejony wyborcze obejmują podmioty lecznicze i jednostki organizacyjne w których wykonują zawód pielęgniarki i położne. W dużych podmiotach leczniczych może być tworzony więcej niż jeden rejon wyborczy.
3. Dla pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki, rejony wyborcze mogą być tworzone na określonym terytorium.
4. Postanowienia ust. 3 stosuje się odpowiednio w przypadku małych podmiotów leczniczych i jednostek organizacyjnych, w których z uwagi na liczbę wykonujących zawód pielęgniarek i położnych nie można utworzyć rejonu wyborczego.
5. Członek samorządu nie wykonujący zawodu, w tym emeryt lub rencista może uczestniczyć w wyborach we wskazanym przez siebie rejonie wyborczym na obszarze Okręgowej Izby.
6. Wniosek, o którym mowa w ust. 5 powinien zostać wniesiony do Okręgowej Komisji wyborczej nie później niż na 14 dni przed terminem zebrań wyborczych. Okręgowa komisja wyborcza umieszcza daną osobę w rejestrze wyborczym.
7. Inne wnioski w przedmiocie umieszczenia we właściwym rejestrze wyborczym mogą być składane do okręgowej komisji wyborczej przez zainteresowanych członków Okręgowej Izby nie później niż na 14 dni przed terminem wyborów.
8. Można brać udział w zgromadzeniu wyborczym tylko jednego rejonu wyborczego.

§ 7

1. Okręgowa Komisja Wyborcza na podstawie rejestrów prowadzonych przez okręgową radę sporządza rejestry osób posiadających bierne prawo wyborcze ( rejestry wyborców) – odrębnie dla każdego rejonu wyborczego - w dwóch egzemplarzach dla każdego rejonu wyborczego, z tym że jeden zostaje w Komisji Wyborczej a drugi, z wyłączeniem podawania informacji, czy w stosunku do danej osoby zachodzą okoliczności wyłączające czynne prawo wyborcze, udostępnia się w siedzibie każdego rejonu wyborczego.
2. Rejestr wyborców zawiera następujące dane:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) zawód
- 3) numer prawa wykonywania zawodu;
- 4) informację, czy w stosunku do danej osoby zachodzą okoliczności wyłączające czynne prawo wyborcze.

§ 8

1. Rejestry wyborców z wyłączeniem podawania informacji, czy w stosunku do danej osoby zachodzą okoliczności wyłączające czynne prawo wyborcze podawane są do publicznej wiadomości:
  - 1) w rejonie wyborczym u właściwego członka OKW
  - 2) w siedzibie Izby
2. Udostępnienie do publicznej wiadomości rejestrów wyborczych następuje co najmniej 30 dni przed terminem zebrań wyborczych.

§ 9

1. Reklamacje związane z rejestrem wyborców składane są na piśmie w terminie 14 dni przed terminem wyborów. W przypadku przesyłki listowej decyduje data stempla pocztowego.
2. Reklamacje, o których mowa w ust. 1 rozpatrywane są przez Okręgową Komisję Wyborczą w terminie 7 dni od daty wpłynięcia wniosku, a o podjętych decyzjach niezwłocznie informuje się Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych.
3. Decyzja Okręgowej Komisji Wyborczej jest ostateczna.
4. O podjętych decyzjach w sprawie złożonych reklamacji powiadamia się na piśmie osoby wnoszące reklamację, niezwłocznie po zakończeniu prac Okręgowej Komisji Wyborczej.
5. Okręgowa Komisja Wyborcza nie rozpatruje reklamacji nie podpisanych lub opatrzonych nieczytelnym podpisem.

§ 10

1. Zebranie wyborcze rejonu wyborczego zwołuje i nadzoruje OKW.
2. Komisja powiadamia o terminach i miejscach zebrań wyborczych pielęgniarek i położne:
  - 1) pisemnie, przez ogłoszenie w podmiotach leczniczych i jednostkach organizacyjnych
  - 2) elektronicznie, na stronie internetowej Izby.
3. W zawiadomieniu o zebraniu wyborczym wskazuje się: dzień i godzinę rozpoczęcia oraz miejsce obrad a także planowany porządek obrad.
4. Powiadomienie powinno nastąpić co najmniej na 14 dni przed terminem zebrania.
5. Wzór zawiadomienia stanowi załącznik nr 1 do Regulaminu Okręgowej Komisji Wyborczej.

§ 11

1. Zebranie wyborcze obejmuje organizację zebrania w jednym dniu w danym rejonie wyborczym, w trakcie którego wybiera się komisję mandatowo-skrutacyjną, zgłasza się kandydatów i w głosowaniu tajnym wyłania się kandydatów.
2. Zebranie wyborcze otwiera przedstawiciel Okręgowej Komisji Wyborczej i prowadzi go do momentu wyboru Przewodniczącego zebrania wyborczego, po czym pełni nadzór nad prawidłowym przebiegiem zebrania wyborczego i pełni funkcję doradcy.
3. Zebranie wyborcze w głosowaniu jawnym wybiera przewodniczącego zebrania, sekretarza oraz co najmniej

2 członków komisji mandatowo-skrutacyjnej spośród pozostałych uczestników zebrania wyborczego.

4. Brak lub niemożliwość dokonania wyboru osób na wskazane wyżej funkcje na zebraniu wyborczym oraz minimalnej liczby członków komisji mandatowo-skrutacyjnej uniemożliwia przeprowadzenie wyborów.

§ 12

1. Wybory są ważne bez względu na liczbę głosujących.
2. Dokonanie wyboru mniejszej liczby delegatów w danym rejonie wyborczym niż liczba ustalona przez okręgową radę nie ma wpływu na ważność wyborów.
3. Z zebrania wyborczego sporządza się protokół, który po zakończeniu głosowania i ustaleniu wyników wyborów przekazuje się do Okręgowej Komisji Wyborczej wraz z protokołem Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej.

§ 13

1. Kandydaturę może zgłosić wyłącznie uprawniony uczestnik, biorący udział w zebraniu wyborczym, w tym samodzielnie kandydat.
2. Zgłoszony kandydat powinien wyrazić zgodę na kandydowanie. Oświadczenie to może być złożone pisemnie. Kandydaci powinni przedstawić informację o przebiegu pracy zawodowej społecznej, a uczestnicy zebrania wyborczego mogą zadawać pytania zgłoszonym kandydatom.
3. W przypadku usprawiedliwionej nieobecności na zebraniu wyborczym, przedłożonej na piśmie, oprócz pisemnej zgody na kandydowanie, zgłoszony kandydat powinien również pisemnie przedstawić krótki przebieg pracy zawodowej i społecznej oraz program, wizję swojej pracy w samorządzie.
4. Nie można łączyć kandydowania z udziałem w pracach Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej.
5. Liczba kandydatów jest nieograniczona.
6. Listę kandydatów zamyka się, jeżeli po trzykrotnym zapytaniu przez Przewodniczącego zebrania brak jest kolejnych zgłoszeń.

§ 14

Te same zasady stosuje się do wszystkich zgłaszanych kandydatur we wszystkich rejonach wyborczych.

§ 15

1. Karta do głosowania obejmuje następujące dane:
  - 1) pieczęć OIPIP,
  - 2) oznaczenie rejonu wyborczego,
  - 3) alfabetyczną listę kandydatów, a przypadku zachowania proporcjonalności dwie listy kandydatów z zaznaczeniem zawodu,
  - 4) określenie dopuszczalnej liczby wskazań,
  - 5) pouczenie o sposobie głosowania.
2. Wzór karty do głosowania stanowi załącznik nr 2 do niniejszego regulaminu.

§ 16

1. Głosowanie przeprowadza i nadzoruje Komisja Mandatowo-Skrutacyjna. Do zadań Komisji Mandatowo – Skrutacyjnej należy:
  - 1) przyjmowanie zgłoszeń kandydatów na delegatów na okręgowy zjazd;
  - 2) sporządzanie list kandydatów;
  - 3) przygotowanie kart do głosowania ze wskazaniem kandydatów w kolejności alfabetycznej;
  - 4) czuwanie w dniu wyborów nad przestrzeganiem regulaminu wyborów;

- 5) ustalenie wyników głosowania po przeliczeniu oddanych głosów i sporządzenie listy wybranych delegatów na okręgowy zjazd;

- 6) ogłoszenie wyników wyborów w rejonie wyborczym
2. Komisja Mandatowo - Skrutacyjna przygotowuje odpowiednią ilość kart do głosowania, równą liczbie osób zarejestrowanych w rejestrze wyborców rejonu wyborczego.
3. Każda osoba znajdująca się w rejestrze wyborców rejonu wyborczego po okazaniu np. dowodu tożsamości, prawa wykonywania zawodu, innego dokumentu ze zdjęciem i po podpisaniu listy obecności otrzymuje kartę do głosowania. W przypadku błędnego wypełnienia nie wydaje się drugiej karty do głosowania.

§ 17

1. Głosować można tylko osobiście.
2. Głosuje się poprzez wskazanie na karcie do głosowania kandydata, na którego głosujący oddaje głos. Wskazanie następuje poprzez postawienie krzyżyka przy nazwisku kandydata, na którego głosujący oddaje głos. Nazwiska kandydatów umieszcza się na karcie do głosowania w kolejności alfabetycznej.
3. Brak wskazań oznacza oddanie głosu ważnego.
4. Głos jest nieważny, jeśli:
  - 1) liczba wskazań jest większa od określonej w karcie do głosowania;
  - 2) karta do głosowania została przedarta albo dokonano na niej jakichkolwiek dopisków lub skreśleń sprzecznym ze sposobem głosowania.

§ 18

Okręgowa Komisja Wyborcza zapewnia warunki umożliwiające zachowanie tajności głosowania zabezpieczając urnę i zapewniając odpowiednie warunki podczas wypełniania kart do głosowania.

§ 19

1. Określa się następujące zasady pracy Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej przy obliczaniu wyników głosowania:
  - 1) Pracą Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej kieruje jej Przewodniczący wyłoniony z pośród wybranych członków Komisji, przestrzegając zasad określonych w Uchwale nr 9 VI KZPiP z dnia 6 grudnia 2011r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwołania ich członków oraz przepisach niniejszego Regulaminu,
  - 2) Karty nie wydane do głosowania w związku z nieobecnością osób, przelicza się i sprawdza, czy ich ilość odpowiada liczbie osób, które nie wzięły udziału w głosowaniu. W przypadku braku kart do głosowania należy powtórzyć cały cykl głosowania.
  - 3) Przed przystąpieniem do liczenia głosów oddanych na poszczególnych kandydatów należy w pierwszej kolejności
    - a) policzyć ilość oddanych głosów,
    - b) policzyć i zabezpieczyć głosy nieważne, o których mowa w § 17 ust.4.
  - 4) Prace związane z realizacją pkt 3 i 4 wykonywane są przez Komisję Mandatowo-Skrutacyjną w pełnym składzie.
  - 5) Liczenie ilości głosów na poszczególnych kandydatów może odbywać się poprzez rozdzielanie zadań, ale wyniki powinny być wrywkowo weryfikowane przez Przewodniczącego.



- 6) Karty do głosowania wraz z dołączoną dokumentacją z liczenia głosów, którą podpisują osoby biorące udział w liczeniu, zabezpiecza się np. w zaklejonej kopercie. Na miejscu zaklejonym podpis składa przewodniczący Komisji Mandatowo-Skrutacyjnej.
- § 20
1. Z prac Komisji Mandatowo - Skrutacyjnej sporządza się protokół, który powinien zawierać:
    - 1) alfabetyczną listę zgłoszonych kandydatów;
    - 2) liczbę uprawnionych do głosowania;
    - 3) liczbę oddanych głosów;
    - 4) liczbę oddanych głosów ważnych;
    - 5) liczbę oddanych głosów nieważnych;
    - 6) liczbę oddanych głosów na poszczególnych kandydatów;
    - 7) listę wybranych delegatów;
    - 8) podpisy członków komisji.
  2. Wzór protokołu stanowi załącznik nr 3 do niniejszego Regulaminu.
  3. Przewodniczący Komisji Mandatowo – Skrutacyjnej niezwłocznie po zakończeniu pracy Komisji odczytuje protokół i wywiesza jego kopię na tablicy informacyjnej.
  4. Karty z oddanymi głosami i protokół z głosowania stanowią załącznik do protokołu z zebrania wyborczego.
  5. Wzór protokołu z zebrania wyborczego stanowi załącznik Nr 4.
- § 21
1. Dokumentację zebrania wyborczego stanowią:
    - 1) zawiadomienie o zebraniu wyborczym,
    - 2) protokół z przebiegu zebrania wyborczego ;
    - 3) listy obecności,
    - 4) listy zgłoszonych kandydatów na delegatów,
    - 5) protokół Komisji Mandatowo – Skrutacyjnej,
    - 6) zabezpieczone karty do głosowania.
  2. Dokumentacja z zebrania wyborczego, o której mowa w ust.1 dostarczana jest bez zbędnej zwłoki do Okręgowej Komisji Wyborczej, która sprawdza poprawność przeprowadzenia wyborów.
3. Okręgowa Komisję Wyborcza na podstawie otrzymanych protokołów stwierdza ważność wyborów i sporządza listę delegatów na okręgowy zjazd , którą przekazuje Okręgowej radzie.
  4. W przypadku stwierdzenia naruszeń zasad wyborów Okręgowa Komisja Wyborcza unieważnia wybory w rejonie wyborczym i zwołuje ponownie zebranie wyborcze.
  5. Dokumentacja z zebrania wyborczego o której mowa w ust.1 udostępniana jest do wglądu członkom zebrania wyborczego z danego rejonu wyborczego w biurze OIPiP w terminie 2 tygodni od daty jej otrzymania.
  6. Członkowie zebrania wyborczego mają prawo wniesienia skargi na nieprawidłowości w przebiegu wyborów do Okręgowej Komisji Wyborczej w terminie 2 tygodni od daty ich zaistnienia.
  7. Skargi, o których mowa w ust. 6 rozpatrywane są na posiedzeniu Okręgowej Komisji Wyborczej.
  8. W przypadku uznania skargi za zasadną i stwierdzenia naruszenia zasad wyborów Okręgowa Komisja Wyborcza unieważnia wybory w rejonie wyborczym i zwołuje ponownie zebranie wyborcze.
  9. W przypadku odrzucenia skargi przez Okręgową Komisję Wyborczą wnoszącemu przysługuje odwołanie do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w terminie 2 tygodni od dnia doręczenia uchwały odrzucającej skargę.
  10. Uchwała Okręgowej Rady w przedmiocie rozpoznania odwołania jest ostateczna.
- § 22
1. Dokumentację z wyborów, o której mowa w § 21 należy zabezpieczyć przed ich utratą wskutek wystąpienia zdarzeń losowych.
  2. Dokumentacja jest przechowywana w biurze OIPiP, a następnie archiwizowana zgodnie z zasadami określonymi w instrukcji kancelaryjnej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej przyjętej uchwałą Nr 39/VI/12 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej z dnia 12 czerwca 2012r.

**Uchwała Nr 183/VI/15  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej  
z dnia 10 marca 2015**

**w sprawie ustalenia rejonów wyborczych i określenia liczby delegatów w poszczególnych rejonach wyborczych**

Na podstawie art. 31 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U.2011 Nr 174 poz. 1038 z późn. zm.) oraz § 8 ust. 1 Regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków stanowiącego załącznik do uchwały nr 9 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 grudnia 2011r. w sprawie regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwoływania ich członków, uchwała się co następuje:

§ 1

Zatwierdza się wykaz rejonów wyborczych stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2

Określa się, że na 20 osób zarejestrowanych w danym rejonie wyborczym wybiera się jednego delegata.

Przy ustalaniu liczby delegatów na okręgowy zjazd z każdego rejonu wyborczego obowiązują zasada zachowania proporcjonalności w określaniu liczby delegatów spośród pielęgniarek i spośród położnych.

Jeżeli w wyniku podzielenia liczby pielęgniarek i położnych należących do rejonu wyborczego przez liczbę określoną w ust. 1, reszta dzielenia przewyższa połowę tej liczby, przyznaje się dodatkowy mandat.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz  
Danuta Pawlik

Przewodnicząca  
Elżbieta Celmer vel Domańska



## INFORMACJE Z NRPiP

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych wystosowały 22.01.2015r. list otwarty do Premier RP Ewy Kopacz, w którym przedstawiły żądania obu grup zawodowych wobec Rządu.



Warszawa, 21 stycznia 2015 r.

### List otwarty do Premier Rządu Rzeczypospolitej Polskiej

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych - reprezentujący grupę zawodową pielęgniarek i położnych - dostrzegają zagrożenia dla społeczeństwa polskiego, które wynikają z braku:

- reakcji Rządu RP na stale zmniejszającą się liczbę pielęgniarek i położnych,
- dialogu Rządu RP ze środowiskiem pielęgniarek i położnych na temat sposobów uniknięcia skutków nadciągającej katastrofy, która będzie wynikiem drastycznego ograniczenia świadczeń zdrowotnych udzielanych przez pielęgniarki i położne,
- strategii Rządu RP dotyczącej zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze.

**Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych ostrzegają, iż dalsze bagatelizowanie problemu grozi załamaniem się systemu opieki zdrowotnej.**

#### Żądamy:

1. Określenia docelowego wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek na 1 tysiąc mieszkańców.
2. Zabezpieczenia kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych.
3. Wdrożenia polityki zatrudniania pielęgniarek i położnych:
  - zgodnie z przygotowaniem zawodowym;
  - zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym.

4. Wdrożenia mechanizmów gwarantujących wynagrodzenie pielęgniarek i położnych:
  - zgodnie z przygotowaniem zawodowym;
  - zgodnie z uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym;
  - zgodnie z zakresem zadań realizowanych w praktyce zawodowej oraz zgodnie z zakresem odpowiedzialności jaką ponoszą,
5. Zabezpieczenia możliwości realizacji obowiązku kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych.
6. Uregulowania kwestii norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach, które są przedmiotem kontraktowania przez NFZ (w szczególności świadczeń udzielanych w trybie całodobowym) oraz ich ujednoczenia dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.
7. Przeprowadzenia analizy zapotrzebowania na liczbę pielęgniarek i położnych w określonych specjalnościach, które wynikają z wymagań kwalifikacyjnych określonych przepisami prawa w sprawie świadczeń gwarantowanych, będących podstawą do wypracowywania „Katalogu priorytetowych dziedzin szkolenia specjalizacyjnego”.
8. Ustalenia liczby specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa/położnictwa dla każdego województwa.
9. Pełnej informacji na temat działań Rządu RP prowadzących do niwelowania skutków braku pielęgniarek i położnych i jego negatywnego wpływu na zabezpieczenie społeczeństwa w świadczenia zdrowotne.

**Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych uznają, iż powaga sytuacji wymaga natychmiastowych działań.**

Przewodnicząca ZK OZZPiP



Lucyna Dargiewicz

Prezes NRPiP



dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk



## Spotkanie przedstawicieli NRPIP z Sekretarz Stanu MZ Beatą Liberą-Malecką

W dniu 29 stycznia 2015 roku przedstawiciele NRPIP spotkali się z Sekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia Beatą Malecką-Liberą, która inicjuje, koordynuje i nadzoruje wykonywanie zadań przez Departament Pielęgniarek i Położnych oraz Departament Zdrowia Publicznego. Minister Malecka-Libera pełni również funkcję Pełnomocnik Rządu do spraw projektu ustawy o zdrowiu publicznym. Podczas spotkania Prezes NRPIP Grażyna Rogala-Pawelczyk przedstawiła najistotniejsze problemy środowiska pielęgniarek i położnych.

Szczególną uwagę zwróciła na brak realizacji wyników prac dwóch Zespołów powołanych Zrządzeniem Ministra Zdrowia 2 kwietnia 2012 r., czyli:

- Zespołu ds. analizy przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej, który opracował wytyczne dotyczące norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, kontraktowania świadczeń przez pielęgniarki

i położne w POZ i opiece długoterminowej, postępowania konkursowego na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych,

- Zespołu ds. analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalania priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego.

W trakcie spotkania poruszono również kwestię nowych uprawnień dla pielęgniarek i położnych, wynikającej z nich konieczności uzyskania dodatkowych kwalifikacji oraz źródła ich finansowania. Przedstawiciele NRPIP zadali też Sekretarz Stanu pytanie o dotację na rok 2015 dla samorządu pielęgniarek i położnych w związku z przejęciem zadań od administracji państwowej. Minister Malecka - Libera zaproponowała kolejne spotkanie w lutym 2015 r., podczas którego wskaże możliwości realizacji poszczególnych zagadnień.

Notatkę sporządziła  
Sekretarz NRPIP Joanna Walewander

### Informacja ze spotkania

#### Kierownictwa Ministerstwa Zdrowia z przedstawicielami Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w dniu 6.03.2015r.

Strona społeczna:

- wnioskuje o działania międzyresortowe w celu rozwiązania problemu wynagrodzeń w grupie pielęgniarek i położnych.

W kwestii zgłoszonych postulatów ustalono:

1. Postulat dotyczących norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych zostanie zrealizowany poprzez zmianę rozporządzeń „koszykowych” - został zaakceptowany przez obie strony: ministerialną i społeczną.
  - włączenie przedstawicieli NRPIP i OZZPiP do prac nad zmianami rozporządzeń „koszykowych”,
2. Postulaty dotyczące rekomendacji wypracowanych przez Zespół ds. analizy i oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze oraz określenia kryteriów będących podstawą ustalania priorytetów w zakresie kształcenia podyplomowego:
  - zwiększenie wskaźnika zatrudnienia pielęgniarek i położnych będzie zrealizowane poprzez sfinansowanie kształcenia na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo w nowej perspektywie finansowej w Strategii Rozwoju Kapitału Ludzkiego 2014-2020,
  - włączenie przedstawicieli NRPIP i OZZPiP do prac przy wprowadzaniu systemu akredytacji podmiotów kształcenia podyplomowego,
  - wniosek NRPIP o zwiększenie liczby miejsc specjalizacji dla pielęgniarek i położnych finansowanych z budżetu państwa.

Obie strony akceptują przedstawione w harmonogramie rozwiązania.

- wnosi o pilne rozwiązanie problemu płacowego w grupie pielęgniarek i położnych,
- wnioskuje o wyznaczenie terminu spotkania z Ministrem Zdrowia dotyczącego stworzenia mechanizmu zwiększenia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych,

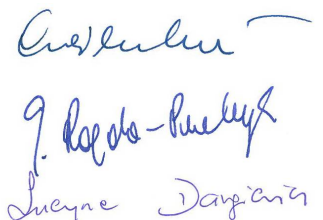
3. Postulaty dotyczące wypracowanych przez Zespół ds. analizy przepisów dotyczących wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej:

Wspólna akceptacja wprowadzenia zmian do ustaw zawodowych w zakresie określonym do realizacji w harmonogramie w załączniku nr 1.

NRPIP podtrzymuje propozycję zmiany przepisów zmiany zawartych w ustawie o zawodach:

- art. 12 – odmowa wykonywania świadczenia przez pielęgniarkę i położną – dyskusja będzie kontynuowana,
  - art. 75 – rejestr organów kształcenia podyplomowego – do dyskusji,
  - art. 76 – nadzór – do dyskusji,
  - w ustawie o samorządzie – dotyczy rejestru pielęgniarek przenoszących się z OIPIP i oceny stanu zdrowia psychicznego, uregulować jak u lekarzy – do dyskusji.
4. Przedstawiono informacje dotyczące dotacji budżetowej dla samorządu zawodowego w zakresie:
    - sposobu rozliczania dotacji z 2014 roku uwzględniającej finansowanie „nadwykonań”,
    - sposobu finansowania zadań realizowanych przez samorząd w ramach dotacji budżetowej w roku bieżącym.

Informacje zostały przyjęte bez uwag.





## INFORMACJE

## KTO NAS BĘDZIE LECZYŁ?



[Maciej Stańczyk](#)  
Dziennikarz Onetu

W polskiej ochronie zdrowia sukcesywnie przybywa specjalistycznego sprzętu. Dramatycznie mało jest za to lekarzy i pielęgniarek. Młodzi albo nie garną się do zawodu (w przypadku pielęgniarek), albo wyjeżdżają na Zachód (w obu przypadkach). Zostają starsi, którzy niedługo sami będą wymagali pomocy.

*Jest źle – mówi krótko Elżbieta Celmer vel Domańska, przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej. - Co roku kilkadziesiąt osób w naszym mieście kończy studia na kierunku pielęgniarstwo, ale średnio tylko połowa rejestruje się w Izbie, uzyskując prawo wykonywania zawodu. Pozostali absolwenci Państwowej Szkoły Wyższej w Białej Podlaskiej podejmują pracę lub dalszą naukę w innych regionach kraju, najczęściej w Warszawie. Niejednokrotnie od razu decydują się na emigrację, bo właściwie w całej wschodniej Polsce wciąż trudno o pracę – tłumaczy Celmer vel Domańska.*

To tylko jedna strona medalu, bo ze słów szefowej samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych w Białej Podlaskiej, jasno wynika, że na lokalnym rynku pracy pielęgniarek wcale nie jest za dużo. Tyle tylko, że polityka kadrowa dyrektorów szpitali i kierowników niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej polega na zachowaniu w placówkach minimalnej obsady. Dochodzi do tego, że gdy starsza pielęgniarka przechodzi na emeryturę, etat, który zajmowała, bywa likwidowany, pomimo tego, że młodsze następczynie czekają w kolejce. Młode pielęgniarki pozostając bez angażu, w końcu migrują, a te starsze – już zatrudnione – pracują nierzadko ponad siły.

Praktycznie wymiana kadrowa jest bardzo ograniczona. W ubiegłym roku właściwie tylko w jednym przypadku, Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej, dało się zauważyć jakiś ruch w angażach dla młodych pielęgniarek i położnych. To zdecydowanie za mało. Tym bardziej że zatrudnione pielęgniarki są coraz starsze – mówi Elżbieta Celmer vel Domańska.

Starzejemy się – powtarzają jej koleżanki po fachu. - I jest nas za mało. W szpitalach i poradniach pracuje nierzadko

jedna pielęgniarka na dwudziestu, trzydziestu pacjentów. Te, które zatrudnione są na kontraktach "tyrają" nawet po trzysta godzin w miesiącu. Zarabiają, ale odbywa się to kosztem ich zdrowia.

**Luka pokoleniowa**

Rzeczywiście, z danych, które zebrała Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych wynika, że szybko wzrasta średnia wieku pielęgniarek i położnych. Dla porównania, w 2008 roku średnia wieku dla pielęgniarek wynosiła 44,19 lat, zaś dla położnych – 43,23. Na koniec 2013 roku było to już odpowiednio 48,69 i 47,69 lat.

Pielęgniarki i położne policzyły też, że w przedziale wiekowym do 40 lat zarejestrowanych jest raptem 68,5 tys. pielęgniarek i niecałe 9,5 tys. położnych. A już w przedziale 41-65 i więcej lat to 211,8 tys. pielęgniarek i 25,3 tys. położnych.

To i tak za mało, bo z danych OECD wynika, że w Polsce na 1 tys. mieszkańców jest tylko 5,4 pielęgniarek. Dla porównania na Węgrzech wskaźnik ten wynosi 6,2, w Czechach – 8,1, a w Szwajcarii – 16. Problem jest poważny, bo zdaniem samorządu pielęgniarek i położnych młodzi ludzie nie garną się do zawodu.

I na potwierdzenie tej tezy pielęgniarki mają badania. Wynika z nich, że w latach 2006-2011 uczelnie opuściło ponad 35 tys. absolwentów pielęgniarstwa, ale tylko u co czwartej osoby stwierdzono prawo wykonywania zawodu. W przypadku położnych ten odsetek jest jeszcze niższy i wynosi ok. 22,5 proc.

"Powyższe dane mogą świadczyć o braku zainteresowania młodzieży wykonywaniem w dorosłym życiu zawodów pielęgniarki i położnej. Uwzględniając dane dotyczące wieku pielęgniarek i położnych zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia oraz dane dotyczące wydawania przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych liczby praw wykonywania zawodu, konieczne jest podjęcie działań na rzecz promocji zawodu pielęgniarki i położnej" - czytamy w lutymowym raporcie Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.



- Resort zdrowia rozpoczął realizację strategii, której celem jest zapewnienie opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb społecznych oraz wyzwań demograficznych. Strategia obejmuje m.in. taki obszar jak dostosowanie modelu kształcenia kadr medycznych do potrzeb systemu ochrony zdrowia. W jej ramach zaplanowano realizację programów rozwojowych dla uczelni uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych, ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów w celu zapewnienia właściwej liczby pielęgniarek i położnych w polskim systemie opieki zdrowotnej – mówi Krzysztof Bąk z Ministerstwa Zdrowia. - Dodatkowo, programy rozwojowe służyć będą wzmocnieniu atrakcyjności kierunków pielęgniarstwo i położnictwo, m.in. poprzez rozwój systemu stypendialnego. Niezależnie od powyższych działań, Ministerstwo Zdrowia dostrzegając problem dotyczący możliwości wystąpienia niedoborów personelu pielęgniarskiego w dłuższej perspektywie czasu, podjęło już działania mające na celu wprowadzenie nowego zawodu - opiekuna medycznego, którego zadaniem jest pomoc osobie chorej i niesamodzielnej – dodaje Krzysztof Bąk.

Powstała luka pokoleniowa – mówi nam Grażyna Rogala – Pawelczyk, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Kiedy starsze pielęgniarki zaczną odchodzić na emeryturę, nie będzie miał ich kto zastąpić. Etaty są wygaszane, a jednocześnie ponad 6 tys. pielęgniarek wciąż nie ma pracy. To paradoks. Jest nas za mało, a nie możemy znaleźć pracy w zawodzie – dodaje prezes Rogala – Pawelczyk.

Prognozy nie są optymistyczne, bowiem do 2022 roku z uprawnień emerytalnych ma skorzystać ponad 32 proc. obecnie zatrudnionych pielęgniarek i położnych. Najwięcej w regionie łódzkim, na Podlasiu i w województwie zachodniopomorskim.

I co wtedy? Jeśli nie wzrośnie atrakcyjność wykonywania zawodu, to będziemy mieli poważny problem z zapewnieniem opieki, tym bardziej że młodsze pielęgniarki uciekają za granicę. Dla tych przyjeżdżających ze Wschodu też nie jesteśmy krajem docelowym – odpowiada prezes Rogala – Pawelczyk.

#### **Atrakcyjność? Żadna**

Właściwie to samo usłyszałem od dr Macieja Hamankiewicza, prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. - System, w którym pracujemy, jest zdeorganizowany. Nie ludźmy się, że lekarze z Ukrainy czy z Białorusi będą chcieli na stałe zostać w Polsce, bo dla nich jesteśmy tylko krajem tranzytowym, przystankiem w drodze na Zachód – uważa dr Hamankiewicz.

Również wśród naszych medyków ponownie rośnie odsetek tych, którzy w poszukiwaniu lepszych perspektyw rozważają emigrację zarobkową. W 2014 roku samorząd lekarski wydał medykowi ubiegającym się o uznanie kwalifikacji w innych krajach Unii Europejskiej blisko 1,1 tys. zaświadczeń o postawie etycznej. To, co prawda dużo

mniej niż w 2005 roku, kiedy po takie zaświadczenie wystąpiło ponad 2,8 tys. lekarzy, ale najwięcej w ciągu ostatnich kilku lat (od 2009 roku) kiedy to mniej niż tysiąc lekarzy prosiło o wystawienie dokumentu.

- Ministerstwo Zdrowia prowadzi na bieżąco analizę skali migracji personelu medycznego, jak również podejmowanych jest szereg działań mających na celu zapobieżenie rozszerzania się skali migracji wykwalifikowanej kadry medycznej. Jednym z działań podejmowanych przez Ministerstwo Zdrowia jest m.in. likwidacja stażu podyplomowego i włączenie praktycznego nauczania w zawodzie lekarza i lekarza dentystry do kształcenia przeddyplomowego, a także zmiana systemu odbywania szkolenia specjalizacyjnego. Likwidacja barier administracyjnych w rozwoju zawodowym lekarzy powinna przyczynić się do zmniejszenia zjawiska emigracji (utrudnienia w rozwoju zawodowym są drugą – po niskich wynagrodzeniach – przyczyną emigracji lekarzy) – mówi Krzysztof Bąk z Ministerstwa Zdrowia.

Względy finansowe znajdują się na dalszym planie, choć nie ma co ukrywać, również są istotne. Ale główne powody emigracji są inne. Młodzi lekarze wyjeżdżają, ponieważ organizacja kształcenia specjalizacyjnego w naszym kraju jest fatalna. Starsi, w obecnym systemie wypalają się. Służba zdrowia w Polsce to pospolite ruszenie – mówi nam Maciej Hamankiewicz.

I w tym przypadku to niepokojące zjawisko, bo wleczemy się w ogonie państw należących do OECD (Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju - red.), pod względem proporcji lekarzy na ilość mieszkańców. W Polsce ten odsetek wynosi tylko 2,2 lekarza na tysiąc osób. Lekarzy jest dramatycznie mało, a do tego średnia wieku u mężczyzn to 49,7 lat, a u kobiet – 48,52.

Dochodzi do tego, że na oddziale chirurgicznym powinno być zatrudnionych pięciu lekarzy, a jest tylko dwóch. W takiej sytuacji szpital zatrudnia nawet bardzo dojrzałych wiekowo specjalistów, żeby tylko nie zamykać oddziału. Potrzebny jest nawet nie do leczenia, a do podpisywania dokumentów, bo stworzony w Polsce system w dużej mierze ma charakter biurokratyczny – mówi prezes NRL.

#### **Mam dość!**

Ja już mam dość. Czego? Wyklócania się z Narodowym Funduszem Zdrowia o każdą złotówkę, produkowania tony makulatury, żeby zadowolić urzędników. Mam dość przyjmowania na klatę niezadowolonych pacjentów, zrozumiatego, bo system jest fatalny, ale odbijającego się na mnie w pierwszej kolejności – mówił mi kilka miesięcy temu znajomy lekarz i dodawał, że już nie wierzy, że będzie lepiej.

Dlatego zdecydował się przejść na emeryturę. Szpital, w którym pracował, jeszcze nie zatrudnił jego następcy. On sam pacjentów będzie przyjmował tylko prywatnie. Dopóki zdrowie mu pozwoli.

<http://wiadomosci.onet.pl/prasa/kto-nas-bedzie-leczy/l/gx943>



## Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK LIBRA

*Szanowni Państwo*

Przypominamy, że decyzją Naczelnej Rady od października 2014 r. uzyskacie Państwo bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra.

Księgozbiór online zawiera specjalistyczne, naukowe i popularnonaukowe publikacje w języku polskim z zakresu medycyny, psychologii, prawa i innych dziedzin, wydane przez renomowane polskie oficyny.

Dzięki zaawansowanej technologii i dostępowi online będzie można bezpłatnie korzystać z serwisu przez całą dobę z dowolnego miejsca. Platforma umożliwi nie tylko czytanie książek ale również zaawansowaną pracę z tekstem.

Zgodnie z podjętą Uchwałą Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 17 września 2014 r. w sprawie za-

warcia umowy z wydawnictwem o świadczenie usług i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelnicy dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będziecie Państwo mogli skorzystać składając wnioski o nadanie dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

### Procedura nadania kodu PIN:

1. Członek samorządu składa wniosek do OIPiP w Białej Podlaskiej - **dostępny na stronie [www.oipip-bp.pl](http://www.oipip-bp.pl)**
2. kod PIN zostanie przesyłany na adres poczty elektronicznej.

Po uzyskaniu kodu PIN od Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych należy go uaktywnić w koncie serwisu [www.ibuk.pl](http://www.ibuk.pl).

Elżbieta Celmer vel Domańska  
Przewodnicząca ORPiP  
w Białej Podlaskiej

### WYSOKOŚĆ SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ INDYWIDUALNE PRAKTYKI PIEŁĘGNIAREK/POŁOŻNYCH

Informujemy, że ulega zmianie wysokość składki członkowskiej odprowadzanej na Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej dla pielęgniarek/położnych prowadzących indywidualne lub grupowe praktyki na własny rachunek zgodnie z zapisem uchwały nr 19 VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 7 grudnia 2011 r. w roku 2015 wynosi 41.40 zł. miesięcznie.

Ulegają opłaty związane z wpisem, zmianą do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, w roku 2015 wynoszą:

**Wpis – 80,00 zł.**

**Zmiana – 40,00 zł**

Skarbnik ORPiP  
Wacława Grażyna Papińska

### KOMUNIKAT

Przypominamy wszystkim pielęgniarkom / pielęgniarzom wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w formie Pielęgniarskiej Praktyki Zawodowej o obowiązku dostarczania aktualnej polisy Umowy Ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej wraz z wnioskiem o zmianę wpisu w rejestrze. Wniosek, który dotyczy wyłącznie przedstawienia dokumentu ubezpieczenia potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia, jest wolny od opłat.

Informujemy, że zgodnie z § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, poz. 1319 z późn. zm.) od 1 kwietnia 2013r. wnioski o wpis do rejestru, zmianę wpisu do rejestru i wykreślenie z rejestru mogą być składane wyłącznie w postaci elektronicznej, z wykorzystaniem bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001r. o podpisie elektronicznym (Dz. U. Nr 130, poz. 1450 z późn. zm.) lub profilu zaufanego ePUAP, na zasadach określonych w ustawie z dnia 17 lutego 2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565 z późn. zm.). Przypominamy, iż obie metody podpisywania i wysyłania wniosków w postaci elektronicznej są udostępnione użytkownikom Aplikacji dla Podmiotów Leczniczych oraz Aplikacji dla Praktyk Zawodowych.

Informujemy, że Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą znajduje się obecnie pod następującym adresem strony internetowej: [www.rpwdl.csioz.gov.pl](http://www.rpwdl.csioz.gov.pl).

Elżbieta Celmer vel Domańska  
Przewodnicząca ORPiP  
w Białej Podlaskiej

## Sprawozdania z konferencji

## „PROBLEMY ZAWODOWE PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH. Zachowania agresywne pacjenta a prawa i ochrona pielęgniarek i położnych”.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej w dniu 9 stycznia 2015 roku w Auli - budynku Centrum Dydaktyczno – Administracyjnego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej organizowała konferencję naukowo-szkoleniową nt. „*Problemy zawodowe pielęgniarek i położnych. Zachowania agresywne pacjenta a prawa i ochrona pielęgniarek i położnych*”. W spotkaniu uczestniczyło 120 pielęgniarek i położnych z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej.

Program Konferencji obejmował następujące tematy:

- **Procedurę postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny** przedstawiła mgr Teresa Kuziara Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- **Odpowiedzialność zawodową pielęgniarek i położnych w świetle zmian przepisów prawa** omówiła mgr Małgorzata Kilarska – specjalista w Kancelarii Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.
- **Nie bój się bronić - podstawowe techniki i chwytys samoobrony** zaprezentował mgr Dariusz Czubak.
- **Metody radzenia sobie ze stresem w pracy zawodowej pielęgniarek i położnych** wygłosiła mgr Katarzyna Piasecka psycholog, psychoterapeuta.

Magazyn Pielęgniarki i Położnej – ogólnopolski miesięcznik NIPiP promował pan Sławomir Czerwiński. Wśród uczestniczących w konferencji pielęgniarek i położnych rozlosowane zostały nagrody-niespodzianki.

Poniżej zamieszczamy wykład z Konferencji.

### Metody radzenia sobie ze stresem w pracy zawodowej pielęgniarek i położnych

Stres jest naszą reakcją na bodziec, wynika z relacji między naszymi możliwościami a wymaganiami sytuacji, a dokładniej mówiąc dotyczy naszego spostrzegania sytuacji jako takiej, w której wymagania oceniamy jako przewyższające nasze możliwości, gdy czujemy że ona nas przerasta, że nie podolamy.

W sytuacji stresowej zostają uruchomione mechanizmy fizjologiczne przygotowujące organizm do walki z zagrożeniem -uwolnione zostają hormony stresu, zwiększa się ciśnienie krwi, płuca pompują ogromną ilość tlenu-wszystko po to, by lepiej zaopatrzyć mózg i mięśnie w substancje odżywcze.

Stres nie musi być zły. Ogólnie mówimy o dwóch rodzajach stresu eustresie- stresie, który pomaga nam zmobilizować się do podejmowania zadań.

Distres- to stres demotyujący, taki, który osłabia chęć działania, działa destrukcyjnie na organizm.

Od czego zależy którego z tych dwóch rodzajów stresu doświadczamy? Głównie od naszej interpretacji sytuacji. Jeśli oceniamy, to co się dzieje jako wyzwanie, zadanie będziemy doświadczać „dobrego” stresu, jeśli oceniamy to jako stratę, zagrożenie- będziemy doświadczać „złego” stresu.

Zatem stres może mieć dobroczynne działanie. Wszystkie kręgowce w reakcji na niebezpieczeństwo wydzielają hormony stresu, to często ratuje życie; gdy zagro-

żenie mija reakcja ta zostaje wyłączona i wszystko wraca do normy. Niestety u ludzi „wyłącznik” stresu nie zawsze tak działa i uruchamia tę reakcję w sytuacjach w których nie powinien, w sytuacjach które nie stanowią realnego zagrożenia. Mimo że nie goni nas tygrys i naszemu życiu nic nie zagraża uruchomione są takie reakcje, jakie służyły obronie przed tymi zagrożeniami. Badacz stresu – Sapolsky- mówi, że żadna zebra na świecie, by nie zrozumiała dlaczego np. publiczne przemawianie miałyby wywoływać wydzielanie tych samych hormonów, które są uruchamiane w sytuacjach w których walczą one o swoje życie. Reakcję stresową może uruchomić nawet samo myślenie o takich sytuacjach. Konsekwencje uruchomienia tej reakcji przejawiają się w naszych działaniach. Gdy jesteśmy zestresowani utrudnia nam to generowanie nowych rozwiązań i działamy jakby na trybie „autopilota” czyli sięgamy po sztywne schematy.

Gdy stres utrzymuje się miesiącami czyni spustoszenie w naszym organizmie: zwiększa ryzyko cukrzycy, nadciśnienia, zaburzeń układu trawienia, osłabia odporność, zakłóca długotrwałe wzmocnienia synaptyczne w hipokampie odpowiedzialne za przechowywanie wiadomości w pamięci- trudniej nam się skupić, zapominamy o ważnych sprawach. Martwimy się, więc nie możemy zasnąć, potem jesteśmy zmęczeni co dodatkowo nas osłabia i pogarsza funkcjonowanie. Zatem czy należy wyeli-

minować z życia stres całkowicie? Zdecydowanie nie, ponieważ takie wydarzenia jak ślub, narodziny dziecka czy nawet święta wywołują w nas reakcje stresowe zatem i przeżywania tychże musielibyśmy się pozbyć. Przed stresem można się chronić wykorzystując różne zasoby osobiste. Co może być takim zasobem? Wszystko co nam pomaga: potrzebne informacje, nasze umiejętności, samoocena, pomoc innych, wsparcie społeczne.

**Radzenie sobie ze stresem ułatwia:**

1. *Możliwość rozładowania frustracji i napięcia.* Pobieganie, mecz, taniec... wszystko to, co daje ujście dla napięcia.
  2. *Wsparcie społeczne.* Zwrócenie się do kogoś, kto nas wesprze, a także troska o innych - badania dowodzą, że wsparcie społeczne zmniejsza poziom stresu i wpływa na obniżenie hormonów stresu.
  3. *Przewidywalność.* Zwykle wolimy wiedzieć co się będzie działo, chcemy żeby lekarz wyjaśnił jak może przebiegać choroba, dentysta powiedział co będzie robił z naszym zębem, sami aktywnie poszukujemy informacji na ten temat, przed wyjazdem studiujemy mapę.
  4. *Kontrola.* Poczucie kontroli sprawia, że sądzimy że mamy wpływ na sytuacje, wiąże się z przewidywalnością.
  5. *Spostrzeganie czy sprawy się polepszają.* Sądzimy że skoro tyle wytrwaliśmy, to na pewno sobie dalej poradzimy.
  6. *Przewartościowanie danej sytuacji.* Dostrzeżenie w niej dobrych stron.
  7. *Rozdzielanie życia zawodowego i prywatnego.*
  8. *Tworzenie grup wsparcia, grup Balinta.*
  9. *Kształtowanie zachowań asertywnych.*
  10. *Zwiększanie umiejętności kontroli emocjonalnej.*
  11. *Podnoszenie kwalifikacji zawodowych.*
  12. *Treningi wzmacniające umiejętności interpersonalne. (komunikacyjne, inteligencji emocjonalnej)*
- Naukowcy potwierdzają, że możemy trenować umiejętności, które pomagają konstruktywnie radzić sobie ze stresem a nawet mu zapobiegać i wskazują tu na 4 kompetencje, które warto rozwijać:
1. *Zarządzanie źródłami stresu- czyli unikanie lub eliminowanie źródeł stresu.*
  2. *Relaksacja- ćwiczenia oddechowe i relaksacyjne.*
  3. *Strategie poznawcze-polegające na korygowaniu irracjonalnych przekonań i interpretowaniu zdarzeń, tak by nas nie raniły*
  4. *Profilaktyka- planowanie, które pozwoli uniknąć nam stresorów.*
- Wśród wymienionych strategii szczególną rolę przypisuje się zapobieganiu, na które składają się następujące strategie:
1. *Zidentyfikuj i zneutralizuj.* Każdego dnia na zastanów się przez kilka minut nad tym jakie stresory występują w twoim życiu, pomyśl w jaki sposób możesz ich uniknąć albo zredukować.

2. *Zaangażuj się w pozytywne strategie radzenia sobie.* W stresujących momentach zamiast uciekać do destrukcyjnych sposobów np. sięgania po alkohol czy słodczyce zrób coś pozytywnego, korzystnego dla siebie idź na spacer.

3. *Bądź swoim osobistym asystentem.* Rób sobie listę rzeczy do zrobienia, osoby które je robią rzeczywiście robią więcej.

4. *Uodpornij się.* Ćwiczenia fizyczne, relaksacyjne sprawiają że łatwiej jest mierzyć się ze stresem.

5. *Stwórz mały plan.* Codziennie rano zaplanuj dzień.

6. *Stwórz wielki plan.* Planowanie przyszłości jest ćwiczeniem, które pomaga mieć większe poczucie kontroli nad życiem.

Warto także radzić sobie ze stresem, który dopiero może się pojawić. Profesor Ralf Schwarzer wymienia 3 sposoby:

1. *Radzenie antycypacyjne- polega na przygotowaniu się do wydarzeń, które na pewno w krótkce nastąpią, tak by uniknąć straty np. starannie przygotowuję się do ważnego egzaminu, rozmowy.*

2. *Radzenie prewencyjne – odnosi się do wydarzeń mniej pewnych i bardziej odległych. Np. zabezpieczamy mieszkanie, ubezpieczamy je, odkładamy na „czarną godzinę”, po to, by w trudnej sytuacji wykorzystać zgromadzone zasoby.*

3. *Radzenie proaktywne – dotyczy przyszłych wyzwań. Przygotowujemy się by wykorzystać przyszłe szanse, np. uczymy się języka, doskonalimy nasze umiejętności zawodowe.*

Zawód pielęgniarki czy położnej jest w szczególności sposób- jak wszystkie zawody pomocowe- związany z obciążeniem stresem. Zaangażowanie emocjonalne w pracę a jednocześnie niemożliwość wpłynięcia na wszystkie aspekty zdrowienia pacjenta może wpływać na zmęczenie wyczerpanie frustrację, z drugiej strony nie sposób wykonywać tych zawodów nie angażując się w ich wykonywanie. Efektywne sposoby radzenia sobie ze stresem pozwalają na redukcję napięcia i wzrost satysfakcji z pracy, jednak nie ma uniwersalnego sposobu pokonania stresu, a efektywność strategii zależy od wielu czynników- tkwiących i sytuacji ale także w osobowości. Określono 4 strategie radzenia sobie ze stresem u pielęgniarek i położnych:

1. *Strategia unikania – jest to niekorzystna strategia, gdy poddawanie się ma charakter stały osoba odczuwa bezradność i beznadziejność co może inicjować procesy chorobowe lub utrudniać proces zdrowienia, pozostawanie w tym stanie powoduje wzrost ciśnienia krwi i enzymów trawiennych, spadek odporności, długofalowo jest dezadaptacyjna.*

2. *Myślenie pozytywne- średnio korzystna strategia, pozytywne myślenie obniża poziom odczuwalnego stresu, podnosi wiarę w siebie i sens własnej działalności, ale za-*



trzymanie się jedynie na myśleniu „wszystko będzie dobrze” nie wystarcza dla rozwiązania trudności.

3. Bezpośrednie działanie- korzystna- celem tej strategii jest bezpośrednie zmierzenie się z problemem co w pracy pielęgniarki jest szczególnie istotny sposobem rozwiązywania problemów. Przewyciężanie stresu może stymulować do podejmowania nowych przedsięwzięć.

4. Szukanie pomocy- korzystny- można je też określić jako poszukiwanie wsparcia społecznego, istotne jest wsparcie informacyjne (porady, wiadomości na dany temat)

Z badań wynika także, że zmiana sposobu myślenia o stresie chroni przed jego negatywnymi skutkami. Zmieniają się nawet reakcje fizjologiczne. Zwykle pod wpływem stresu zwężają się naczynia krwionośne- co może prowadzić do chorób układu krążenia. Gdy uczestnicy jednego z badań dowiedzieli się o innej możliwości interpretacji reakcji fizjologicznych ich naczynia pozostały rozluźnione, serce nadal biło szybciej ale przypominało to reakcję typową dla radości czy przypływu odwagi, co potwierdzał poziom alfa-amylazy która wskazuje na pobudzenie układu sympatycznego co świadczy o zadaniowym podejściu do sytuacji. Możemy sobie uczynić zatem ze stresu sprzymierzeńca, a informacje z ciała które świadczą o nim próbować interpretować pozytywnie. Nie tyle myśleć „Pod wpływem stresu będę miała pustkę w głowie”, a „Stres błyskawicznie powoduje zwiększenie dostaw glukozy do mózgu, dostarczając neuronom więcej

energii co sprzyja lepszemu zapamiętywaniu i przypomnaniu, a więc będę mogła dobrze podjąć to zadanie.”

I na koniec myśl prekursora badań nad stresem - Seyle mówił „Stres niekoniecznie jest szkodliwy- jest solą życia, gdyż każde wzruszenie, każda czynność powoduje stres”

#### ŹRÓDŁA:

1. Hesen I. „Psychologia stresu”, PWN, 2013
2. Sapolsky R. „Dlaczego zebry nie mają wrzodów żołądka? Psychofizjologia stresu”, PWN 2010
3. Seyle H. „Stress życia”, PZWL, 1956
4. Seyle H. „Stres okiełznany”, PIW, 1978
5. Sęk H., Cieślak R. „Wsparcie społeczne, stres i zdrowie”, PWN, 1013
6. Strelau J. „Psychologia”, GWP, 2000

mgr Katarzyna Piasecka  
psycholog  
psychoterapeuta







Dzięki wspólnej inicjatywie współpracy firmy Evereth Publishing sp. z o.o i Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych podjęto decyzję o zorganizowaniu cyklu konferencji nt. „**Postępowanie z raną przewlekłą**”. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej skorzystała z tej możliwości i w dniu 12 lutego 2014 roku w Państwowej Szkole Wyższej im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

odbyła się Konferencja naukowo-szkoleniowa w której uczestniczyło 200 osób. Koordynatorem i Opiekunem Naukowym konferencji był dr hab. n. med. Marek Kucharzewski – Wiceprezes Zarządu Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. Wykład inauguracyjny poprowadziła Pani dr n. med. Mariola Głowacka – Wiceprezes NRPiP.

Pojęcie i klasyfikacja rany przewlekłej, lawaseptyka w kontekście schematu leczenia ran TIME – podział rany przewlekłej oraz postępowanie profilaktyczne, TIME i Wilgotna Terapia – nowoczesny model leczenia ran, leczenie miejscowe ran przewlekłych oraz NPWT – wskazania i przeciwwskazania do zastosowania terapii ciśnieniem ujemnym przedstawiła mgr Elżbieta Szkiler. mgr Bożena Kopych – przybliżyła uczestnikom konferencji problem różnicowania i postępowania w owrzodzeniu goleni. mgr Robert Pałęcki przedstawił system dobrany do rany.

Konsylium przypadków – panel interdyscyplinarny poprowadziła mgr Elżbieta Szkiler.



## Pielęgnacja ran przewlekłych o różnej etiologii

Każda rana jest inna, wśród ran możemy rozróżnić rany ostre – gojące się przez rychłozrost, w czasie do 14 dni i rany przewlekłe czyli takie które goją się powyżej 6 tygodni. Według niektórych autorów rana przewlekła to rana niegojąca się powyżej 8, a nawet 12 tygodni.

Pielęgnując ranę musimy sobie zdawać sprawę z tego, że różnią się one wymaganiami. A ich potrzeby są diametralnie inne.

Rana ostro	Rana przewlekła
Opatrunek uciskowy	Opatrunek nie uciskający
Opatrunek suchy	Opatrunek wilgotny
Ochrona skóry nie jest konieczna	Ochrona skóry jest koniecznością
Goi się w ciągu 14 dni	Goi się długo - czasami przez lata
Goi się sama, bez pomocy	Wymaga wspomaganie
Wymaga ochrony przed zanieczyszczeniem	Wymaga opatrunku wspomagającego leczenie

Pośród ran najczęstsze są odleżyny. Powstają szybko, czasem niepostrzeżenie. Etapy rozwoju odleżyn usystematyzował Edberg i wsp.

Etap	Opis	Odleżyna w skali Torrance'a
Przekrwienie	Powstaje po 30 min trwania ucisku, objawia się zaczerwienieniem, ustępuje po 1 godzinie	Odleżyna I

	po przerwaniu ucisku	
Niedokrwienie	Rozwijają się po 2-6 godzinach ucisku, jest odwracalne, jeśli ucisk zostanie przerwany; reaktywne przekrwienie może utrzymać się do 36 godzin	Odleżyna II
Martwica	Powoduje ją ucisk ponad 6 godzin, objawia się zasinieniem i stwardnieniem skóry, nie ustępuje po przerwaniu ucisku	Odleżyna III
Owrzodzenie	Jest następstwem martwicy, jego powstaniu sprzyjają urazy mechaniczne i zakażenie oraz zły stan zdrowia chorego	Odleżyna IV lub V

Na podstawie Towpik E. Podstawowe wiadomości o odleżynach. Nowotwory. 1995;45 [supl.2]; 88-97

Rany przewlekłe powstają wskutek różnorodnych przyczyn, tych zależnych i tych niezależnych od stanu organizmu pacjenta zawsze goją się długo, czasami nie goją się wcale. W większości z nich współistnieje infekcja. Według środowiska mikrobiologów 90 % ran pokrytych jest biofilmem, ale tylko 5% bakterii kolonizujących rany jesteśmy w stanie wyhodować w trakcie badań mikrobiologicznych. W procesie pielęgnacji musimy pamiętać o jednym. Nie ma ran przewlekłych wymagających antybiotyku stosowanego miejscowo. Mamy do swojej dyspozycji dość obszerny arsenał opatrunków i prepara-

tów do nowoczesnego leczenia ran. Zastosowany opatrunek zależy zawsze od stanu rany i jego dobór powinien być zgodny z systemem TIME i zasadą Wilgotnej Terapii Ran. Ale popełniamy jeden podstawowy błąd zajmując się wyłącznie raną. W procesie leczenia i pielęgnacji rany przewlekłej zapominamy o okalających tkankach. Nigdy nie uzyskamy efektu leczniczego w ranie przewlekłej ignorując stan okalających tkanek szczególnie jeśli są zakażone. Zgodnie z systemem TIME najpierw odwarstwiamy martwicę i równocześnie, jeżeli to oczywiście jest możliwe, zajmujemy się infekcją rany, ale również infekcją okalających tkanek. Musimy wiedzieć, że utrzymująca się infekcja tkanek wokoło rany uniemożliwi nam prawidłowe gojenie rany przewlekłej. Nie mamy szansy na postęp gojenia.

Produkty antyseptyczne jakimi dysponujemy, lawaseptyki i antyseptyki są czasami zupełnie wystarczające do walki z infekcją tkanek. Bardzo dobrym sposobem na stan zapalny tkanek okalających ranę przewlekłą są okłady z Octeniseptu, musimy tylko utrzymać wilgotność takiego okładu przez 24 godziny/ dobę. Stosujemy taki okład na nienatłuszczoną skórę przez 2-3 dni. W przypadku stanu zapalnego tkanek w przebiegu owrzodzeń troficznych możemy zastosować okłady z 0,5% Sol. Ictioli lub Braunolu, ale musimy pamiętać, że preparat barwi nam wszystko wokoło nie tylko ranę.

Generalnie jest kilka sposobów postępowania z raną przewlekłą, możemy rany myć, szorować, szczotkować, płukać pod ciśnieniem, delikatnie przemywać. Wybór postępowania z raną zależy od stanu rany w jakim się znajduje, od ilości martwicy, obecności stanu zapalnego i oczywiście współistnienia bólu oraz prognozy bólu naszego pacjenta. Pielęgnując ranę musimy elastycznie dobierać sposób jej pielęgnacji, zmieniać sposób jej oczyszczania, zmieniać czasami codziennie po uprzednim wyznaczeniu celu jakiemu ma służyć zabieg. Jeżeli chcemy pozbyć się wydzieliny wystarczy płukanie rany, jeżeli musimy usunąć resztki opatrunku to może trzeba ją delikatnie przemyć. Ale jeżeli mamy ranę pokrytą biofilmem to niestety musimy sięgnąć po agresywne sposoby oczyszczania – szorowanie, szczotkowanie. Tylko takie nieco inwazyjne sposoby pozwolą nam usunąć niechciany biofilm z ran. Jeżeli zabiegowi towarzyszy ból, położymy na ranę i okalającą zdrową skórę na kilka minut gazik z lidokainą. Przed planowanym zabiegiem możemy ustalić z pacjentem przyjęcie dodatkowej dawki leku przeciwbólowego np. APAP lub Ibuprofen. Pamiętajmy także, że ziarnina wypełniająca dno rany wymaga dużej delikatności w postępowaniu. Łatwo ją uszkodzić. I zniweczyć cały wysiłek nasz i organizmu chorego. Prawidłowo wykonany zabieg mycia rany, przygotowania do dalszego postępowania, może nam bardzo ułatwić całą terapię rany. Każdorazowo przy zmianie opatrunku musimy wykonać kilka czynności:

- Regularne oglądanie i wnikliwe badanie kształtu wielkości owrzodzeń i ognisk infekcji,
- Sondowanie głębokości ran i ich zachołków.
- Systematyczne, dokładne, wielokrotnie powtarzane usuwanie z rany wydzieliny i tkanek martwiczych.
- Opatrunki muszą być dobrane w zależności od stanu rany, ilości martwicy i wysięku.

Produkty antyseptyczne to wyroby medyczne lub wyroby lecznicze zawierające związki powierzchniowo czynne niszczące bakterie, zapobiegające ich namnażaniu, usuwające biofilm bakteryjny, resztki opatrunku, martwicze tkanki; przeznaczone do mycia, dekontaminacji, leczenia ran. W Polsce są podzielone na lawaseptyki i antyseptyki, na świecie nie ma takiego podziału.

Do mycia i pielęgnacji ran służą lawaseptyki - wyroby medyczne zawierające Octenidynę, Poliheksanidynę, tlen aktywny, ale możemy użyć także 0,9% NaCl, Płyn Ringera. Jeżeli pacjent nie choruje na cukrzycę i nie ma problemów z nietolerancją glukozy, rany możemy umyć 5% Glukozą. Nie powinno się ich stosować do nawilżania opatrunku celem utrzymania wilgoci na ranie. Do dyspozycji mamy antyseptyki wchłaniające się do tkanek, które mogą powstać w tkankach, ale nie wolno po nich zastosować opatrunków ze srebrem albo jodopowidonem, bowiem zachodzi wówczas reakcja chemiczna. Są to:

- ActiMaris płyn – wyrób medyczny zawierający sól morską + tlen aktywny
- Aquitox płyn - wyrób medyczny zawierający utleniony kwas chlorowy
- BIOsept – wyrób medyczny zawierający sól fizjologiczną + tlen atomowy
- Mikrodacyn – wyrób medyczny zawierający wodę + tlenem aktywny

Drugą grupą są antyseptyki powierzchniowo czynne, które nie mogą pozostać w tkankach jeżeli nie ma w nich utrzymanego drenażu i nie mogą samoczynnie wypłynąć. Należy je wówczas wysuszyć lub wypłukać wodą do iniekcji, solą fizjologiczną lub płynem Ringera. Do ran w których dnie mamy przetoki i są usytuowane w trudnych do zabezpieczenia miejscach oraz są bez utrzymanego drenażu raczej zakładamy nawilżone gaziki na 5-15 minut niż je płuczemy lub zwilżamy antyseptykiem. Są to:

- Lavanid 1 – wyrób medyczny zawierający płyn Ringera + poliheksanid 0,02%
- Lavanid 2 – wyrób medyczny zawierający płyn Ringera + poliheksanid 0,04%
- Octenilin płyn – wyrób medyczny zawierający Octenidynę
- Prontosan – wyrób medyczny zawierający Poliheksanidynę

Antyseptyki – wyroby lecznicze do dekontaminacji ran. Zastosowany lek powinien być o niskiej cytotoksyczności i wysokiej sile bójczej. Określa nam tę cechę indeks biozgodności –BI. Gdy BI jest >1 spełnia te

wymagania, gdy BI jest <1 uważa się, że uszkadza tkanki Do dyspozycji mamy dwa takie produkty, oba powierzchniowo czynne:

- Octenisept z Octenidyną, którego BI wynosi 1,73-2,11
- Braunol z PVP jodem o BI 0,68- 0,90.

Antyseptyk stosowany w leczeniu ran nie może nam barwić tkanek, bo utrudnia ocenę rany.

Zgodnie z wytycznymi PTLR dotyczącymi postępowania z raną zakażoną oraz postępowania z raną w owrzodzeniu żylnym w przebiegu leczenia ran przewlekłych obowiązuje nas pielęgnujących rany przewlekłe zakaz stosowania poniższych preparatów, ponieważ uszkadzają tkankę ziarninową i uniemożliwiają ziarninowanie i gojenie ran

- Rivanolu
- Wody utlenionej
- Kwasu bornego
- Chlorheksydyny
- Mydła
- Antybiotyków stosowanych miejscowo
- **BARDZO OSTROŻNIE STOSOWAĆ 10% i 20% NaCl** [4]

Opatrunek jaki dobierzemy do zabezpieczenia rany przewlekłej musi spełniać wiele funkcji, przy doborze opatrunku zawsze kierujemy się stanem rany, ilością wydzieliny, obecnością lub nie infekcji, umiejscowieniem i wielkością rany, a nie jej rodzajem. Do zabezpieczenia ran o różnej etiologii dobieramy inny opatrunek, odpowiedni tylko dla niej i odpowiedni dla etapu na którym się znajduje:

Rany płaskie, bez wydzieliny, bez martwicy, bez infekcji	zele amorficzne + hydrokoloidy albo pianki przylepne,
Rany płaskie, wilgotne, z cechami infekcji	opatrunki antybakteryjne i pianki nieprzylepne
Rany głębokie z martwicą rozplywną -	hydrozele + opatrunek do wypełnień + opatrunek chłonny
Rany zakażone	żel antybakteryjny + opatrunek antybakteryjny+ opatrunek chłonny nieprzylepny
Rany krwawiące	alginian + pianka
Rany z martwicą suchą bez cech infekcji	żel amorficzny lub antybakteryjny + folia albo hydrokoloid
Rany z martwicą suchą i infekcją	żel antybakteryjny + pianka nieprzylepna
Rany w fazie naskórkowania	hydrokoloidy albo pianki przylepne

Prawie wszyscy w przebiegu leczenia i pielęgnacji ran zapominamy o skórze. Żle izolowany wysięk z ran przewlekłych uniemożliwia prawidłowe gojenie rany, ale także uszkadza nam zdrową skórę wokoło ran. Z moich obserwacji wynika, że do ochrony skóry i pielęgnacji

przeciwodrożynowej lubimy w szpitalach stosować Sudokrem. Bardzo dobry preparat cynku przeznaczony na odparzenia dla dzieci. Jest to krem o działaniu wysuszającym powodujący, że skóra sucha nim potraktowana zaczyna pękać, łuszczyć się i mamy gotowy początek nowej rany. Zapominamy, że skóra dziecka jest trochę inna niż skóra dorosłego czy też starego człowieka. W miarę upływu czasu i starzenia się organizmu nasz największy organ staje się coraz bardziej suchy. I wymaga natłuszczania, nie wysuszania. Sama owszem stosuję preparaty cynku, ale na innym podłożu niż Sudokrem, i o zupełnie innej formule. Rany przewlekłe spowodowane są głównie niedokrwieniem. Ta przyczyna powoduje zaburzenia odżywiania skóry, która staje się podatna na uszkodzenia, a wysięk z ran bardzo łatwo ją maceruje. Możemy temu zaradzić stosując tłuste preparaty chroniące otoczenie ran.

W przebiegu leczenia odleżyn do ochrony skóry możemy zastosować każdy preparat natłuszczający od najprostszej maści witaminowej, przez Linomag, Alantan, Arcalen po tłuste kremy zawierające kwas moczowy, czy cholesterol. Niektóre firmy oferujące opatrunki aktywne również mają w swojej ofercie preparaty do pielęgnacji i ochrony skóry, również te zawierające cynk. Ale pielęgnacja owrzodzeń troficznym wymaga czegoś innego. Owrzodzenia troficzne „nie lubią” lanoliny i euceryny. A te preparaty są podstawą większości kremów natłuszczających oraz maści i chociaż są bardzo pomocne w leczeniu większości chorób skóry, odleżyn, ran pooperacyjnych to w leczeniu owrzodzeń troficznym podudzi musimy z nich zrezygnować. Uniemożliwiają gojenie ran i zaburzają funkcjonowanie skóry. W takim wypadku musimy sięgnąć po preparaty wykonane na bazie Wazeliny. Samodzielnie zastosowana może być niewystarczająca, a niestety nie znam maści wyłącznie na bazie Wazeliny. Ponieważ skóra w owrzodzeniach podudzi wymaga wzmocnienia, ale jednocześnie dotlenienia, dostarczenia witamin i ochrony przed działaniem wysięku, zaczęłam dokładać potrzebne preparaty do Wazeliny, samodzielnie tworząc potrzebny preparat. I tak powstał preparat mojej receptury, spełniający wszystkie te specyficzne wymagania. Nazywam go moim wynalazkiem. Nie posługuję się gramaturą, bo nie mam gdzie zważyć potrzebnych kremów, więc skład podaję w objętościach. Biorę w równych częściach kremy – Hydrokortizon, Clotrimazol, Heparinę, Cicalfate(albo Cicalbio albo Cicaplast) do tego dodaję Ozonellę w takiej samej objętości albo krem Chiroxy, czasami, jeżeli rana jest bolesna dodaję taką samą ilość Lignocainy A w żelu. Do tego dodaję cztery - pięć razy większą ilość Wazeliny. Mieszam, przekładam do pudełka i używam do ochrony skóry w leczeniu owrzodzeń podudzi, zespole stopy cukrzycowej, leczeniu przewlekłych ran pooperacyjnych ale i wszystkich innych. Ale nie musimy sięgać po taki preparat, bo nie ukrywam, że jest trochę drogi, a nie każdego pacjenta stać na taki wydatek. Polecam wówczas olej rzepakowy, czy też słonecznikowy



albo oliwę z oliwek -produkt jaki znajdzie się w każdej kuchni. Zawiera potrzebne witaminy i mikroelementy i jest tłusty. Oliwka dla dzieci czasami stosowana w celu natłuszczenia skóry, niestety jej nie natłuszcza, ale wyłącznie nawilża. Pamiętajmy, że tylko natłuszczona skóra jest elastyczna, dobrze odżywiona i odporna na mikrourazy. I wówczas jesteśmy w stanie wyeliminować jeden z objawów dręczących naszych pacjentów - pieczenie i świąd skóry w przebiegu owrzodzeń troficzných.

Ostatnio pojawiła się w aptekach maść Calmapherol zawierająca cynk, miedź i witaminy A i E, możemy ją zastosować do ochrony i wzmocnienia skóry.

**Bibliografia**

1. Batroszewicz M., Junka A.: *Biofilm Based Wound Care: strategia leczenia ran przewlekłych objętych procesem infekcyjnym wywołanym przez drobnoustroje w formie biofilmowej*. *Leczenie Ran* 2012;9(1):1-6
2. Szkiler E.: *Poradnik pielęgnacji ran przewlekłych* Evereth Publishing, Warszawa 2011,2012,2014
3. Jawień A., Szewczyk M.T.: *Kliniczne i pielęgnacyjne aspekty opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym*. Termedia, Poznań, 2009,
4. Jawień A., Bartoszewicz M., Przondo-Mordarska A., i inni: *Wtyczne postępowania miejscowego i ogólnego w ranach objętych procesem infekcji*. *Leczenie Ran* 2012;9(3):59-75

5. Junka A. *Nowoczesne Antyseptyki – definicje, obszar zastosowania, mechanizmy działania i oporności* *Forum Zakażeń* 2010;1(3-4):43-51
6. Bartoszewicz M., Junka A., Smutnicka D., i inni: *Mikrobiologiczny aspekt skali oceny rany zagrożonej ryzykiem infekcji W.A.R.* *Forum Zakażeń* 2011;2(3):85-88
7. Harding K., Folestad A., Gilchrist B. et al. *Panel Ekspertów. Zasady Dobrej Praktyki. Inicjatywa Światowej Unii Towarzystw Leczenia Ran. Wysiłek z rany i rola opatrunków. Schematy postępowania opracowane przez Światową Unię Towarzystw Leczenia Ran.* <http://ptlr.org.pl/publikacje/26-wysiek-z-rany-i-rola-opatrunkow-schematy-postpowania-opracowane-przez-wiatow-uni-towarzystw-leczenia-ran>

**Mgr Elżbieta Szkiler**  
Indywidualna Specjalistyczna  
Praktyka Pielęgniarska



## Projekt „Lubelska Pracownia”

W dniu 10 lutego 2015 roku w Hotelu Rota w Białej Podlaskiej, zaproszeni Pracodawcy z powiatu bialskiego mieli okazję poznać „Lubelską Pracownię”.

Spotkanie poświęcone było przedstawieniu etapów realizacji projektu innowacyjnego „Lubelska Pracownia” oraz zasadom korzystania z portalu. Wykłady poprowadziły - Pani Małgorzata Janczarek i Pani Małgorzata Józwiak.

Uczestnicy spotkania otrzymali materiały dydaktyczne przewidziane w projekcie.

Projekt „Lubelska Pracownia” realizowany jest przez **Wyższą Szkołę Przedsiębiorczości i Administracji w Lublinie** (lider projektu) **Pracodawców Lubelszczyzny „Lewiatan”** (partner) oraz **Miejski Urząd Pracy w Lublinie** (partner), współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Jednym z założeń projektu jest ułatwienie pracodawcom rekrutacji pracowników, a tym samym znalezienia pracy osobom bezrobotnym. W tym celu, po wielu miesiącach projektowania, powstał bezpłatny portal internetowy, będący połączeniem bazy ofert pracy (z zaawansowanymi algorytmami parowania osób bezrobotnych z potencjalnymi Pracodawcami) z bazą wiedzy o rynku pracy. By narzędzie spełniało możliwe najszerzej oczekiwania jego głównych odbiorców, czyli pracodawców i osób pozostających bez zatrudnienia, do prac nad portalem zaangażowano przedstawicieli zarówno pierwszej (organizacje pracodawców), jak i drugiej grupy (instytucje rynku pracy). Dzięki temu **narzędzie zostało wzbogacone o wiele unikatowych rozwiązań, niedostępnych na rynku nawet w wydaniu komercyjnym.** Portal „Lubelska Pracownia” jest dostępny pod adresem:**

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

Lubelska Pracownia to innowacyjny projekt, którego celem jest zwiększenie szans na zatrudnienie bezrobotnych absolwentów szkół wyższych poprzez podniesienie poziomu wiedzy i umiejętności w zakresie poszukiwania pracy oraz zwiększenie dostępu do wiedzy na temat potrzeb absolwentów uczelni wyższych i pracodawców województwa lubelskiego.

Użytkownicy platformy internetowej mają możliwość korzystania z dostępnej bazy porad nt. tworzenia dokumentów aplikacyjnych, zasad i form rekrutacji, metod poszukiwania pracy, form zatrudnienia. Lubelska Pracow-

nia to również baza ofert pracy. Aplikując na dane stanowisko pracy użytkownicy uzyskują informację o stopniu dopasowania własnego profilu do profilu kandydata określonego przez pracodawcę. Pracodawcy poszukujący kandydatów do pracy mają możliwość bezpłatnego zamieszczenia ogłoszeń o pracę. Zastosowany algorytm określa stopień dopasowania danych kandydatów do oferowanego stanowiska. Dzięki temu pracodawcy uzyskują dostęp jedynie do kandydatów spełniających ich oczekiwania w największym stopniu. Przeprowadzone projekty badawcze ukazują sytuację bezrobotnych absolwentów na rynku pracy w województwie lubelskim. Dla zainteresowanych istnieje możliwość udziału w bezpłatnych konsultacjach z doradcą zawodowym w formie wideokonferencji.

Korzyści wynikające z udziału w projekcie [www.LubelskaPracownia.pl](http://www.LubelskaPracownia.pl):

- stworzenie profilu absolwenta
- przygotowanie dokumentów aplikacyjnych
- dostęp do ofert pracy dla poszukujących pracy oraz możliwość publikowania ofert pracy dla pracodawców
- określenie kompetencji kandydatów
- indywidualne poradnictwo zawodowe on-line
- dostęp do bazy wiedzy (porady, raporty z badań)

Zapraszamy do skorzystania z projektu Lubelskiej Pracowni!

Udział w projekcie jest bezpłatny!

Szczegółowe informacje mogą Państwo uzyskać kontaktując się z biurem projektu

Lubelska Pracownia

Wyższa Szkoła Przedsiębiorczości i Administracji

ul. Bursaki 12

20-150 Lublin

email: [projekty@wspa.pl](mailto:projekty@wspa.pl)

tel.: 81 452 94 15

fax: 81 452 94 13

Osoby zainteresowane udziałem w indywidualnym poradnictwem zawodowym proszone są o określenie preferowanego terminu i tematu konsultacji za pośrednictwem adresu e-mail: [doradcazawodowy@wspa.pl](mailto:doradcazawodowy@wspa.pl).

Konsultacje dostępne są do 31.03.2015r.





## DZIAŁ PRAWNY



### **Czy pielęgniarka w POZ lub opiece długoterminowej domowej może podać pacjentowi lek tzw. zamiennik bez zmiany nazwy leku w zleceniu lekarskim?**

Odpowiedź

Pielęgniarka w POZ lub opiece długoterminowej domowej może podać pacjentowi lek tzw. zamiennik bez zmiany nazwy leku w zleceniu lekarskim. W takim przypadku zobowiązana jest ona do dokonania stosownej adnotacji w dokumentacji medycznej pacjenta w zakresie realizacji zlecenia.

#### **Uzasadnienie**

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - dalej u.z.p.p., w art. 15 ust. 1 u.z.p.p. stanowi, że pielęgniarka i położna wykonują zlecenia lekarskie zapisane w dokumentacji medycznej. Natomiast art. 45 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty - dalej u.z.l.l.d., upoważnia lekarza do ordynowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, które są dopuszczone do obrotu w Rzeczypospolitej Polskiej na zasadach określonych w odrębnych przepisach, oraz wyrobów medycznych, wyposażenia wyrobów medycznych, wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, wyposażenia wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz aktywnych wyrobów medycznych do implantacji, w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych.

Artykuł 44 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych - dalej u.r.l., stanowi, że osoba wydająca leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne objęte refundacją ma obowiązek poinformować świadczeniobiorcę o możliwości nabycia leku objętego refundacją, innego niż lek przepisany na recepcie, o tej samej nazwie międzynarodowej, dawce, postaci farmaceutycznej, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych, i o tym samym wskazaniu terapeutycznym, którego cena detaliczna nie przekracza limitu finansowania ze środków publicznych oraz ceny detalicznej leku przepisanego na recepcie. Apteka ma obowiązek zapewnić dostępność tego leku. Zgodnie z art. 44 ust. 2 u.r.l.,

osoba wydająca leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne objęte refundacją ma obowiązek, na żądanie świadczeniobiorcy, wydać lek, o którym mowa w art. 44 ust. 1 u.r.l., którego cena detaliczna jest niższa niż cena leku przepisanego na recepcie. Nie dotyczy to sytuacji, w której osoba uprawniona dokonała odpowiedniej adnotacji na druku recepty, wskazując na niemożność dokonania zamiany przepisanego leku.

Osobą uprawnioną do dokonania adnotacji na druku recepty jest lekarz ordynujący lek. Zgodnie z § 6 ust. 3 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich na recepcie, poza danymi dotyczącymi przepisanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, można dodatkowo zamieścić zastrzeżenie o konieczności wydania pacjentowi wyłącznie określonego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego przez zamieszczenie adnotacji "nie zamieniać" lub "NZ", przy pozycji leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, którego dotyczy.

Ordynacja leków należy wyłącznie do kompetencji lekarza, jeżeli zatem pacjentowi wydano w aptece zamiennik leku, oznacza to, iż lekarz nie zamieścił zastrzeżenia o niemożności zamiany leku. Dodać należy też, iż w myśl przepisu art. 45 ust. 4 u.z.l.l.d. lekarz zobowiązany jest do szczegółowego uzasadnienia w dokumentacji medycznej przyczyn dokonania adnotacji, o której mowa w art. 44 ust. 2 zdanie drugie u.r.l. tj. przyczyn niemożności dokonania zamiany przepisanego leku. Właściwym byłoby, aby lekarz taką adnotację zamieścił też w zleceniu lekarskim, które stanowi też część dokumentacji medycznej. Jednakże, jeżeli pielęgniarka poweźmie uzasadnioną wątpliwość co do zasadności zastosowania zamiennika, pomimo braku adnotacji "nie zamieniać" zawsze może skonsultować to z lekarzem (art. 15 ust. 3 u.z.p.p.).

*Pytanie pochodzi z Serwisu Prawo i Zdrowie.  
Iwona Choromańska  
Radca prawny*

## **W jakim zakresie pielęgniarka środowiskowa może udzielić pracownikowi socjalnemu informacji na temat zdrowia pacjenta (np. aktualnych szczepień)?**

Informacje te mają znaczenie dla rozstrzygnięcia o przyznaniu i wysokości świadczeń z pomocy społecznej dla danego pacjenta. Zgodnie z art. 105 ustawy o pomocy społecznej, sądy, organy i jednostki organizacyjne są obowiązane niezwłocznie, nie później jednak niż w terminie 7 dni, udostępnić lub udzielić na wniosek pracownika socjalnego odpowiednich informacji, które mają znaczenie dla rozstrzygnięcia o przyznaniu lub wysokości świadczeń z pomocy społecznej.

### **Jak należy rozumieć pojęcie "odpowiednich informacji"?**

**Czy pielęgniarka ma prawo do udzielenia jedynie ogólnej odpowiedzi, np. że pacjent znajduje się pod stałą opieką lekarską i pielęgniarską, dbając o ochronę danych osobowych pacjenta oraz zasłaniając się obowiązującą ją tajemnicą służbową?**

Odpowiedź

Pielęgniarka środowiskowa nie jest uprawniona do udzielania pracownikowi socjalnemu informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, ani żadnych innych informacji objętych treścią dokumentacji medycznej.

Uzasadnienie

Przywołany przepis mówi o sądach, organach i jednostkach organizacyjnych, zatem poza zakresem jego regulacji pozostają osoby fizyczne, do których niewątpliwie należy pielęgniarka środowiskowa. Przede wszystkim jednak należy mieć na względzie, że dane medyczne, w przeci-

wieństwie do szeregu innych informacji, jakie mogą mieścić się w zakresie dyspozycji art. 105 ust. 1 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej - dalej u.o.p.s., podlegają dodatkowej ochronie na podstawie przepisów szczególnych, jakimi są przepisy ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta - dalej u.p.p.

Jak wynika zaś z art. 13 i 14 u.p.p., pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. W tym celu osoby wykonujące zawód medyczny – do których niewątpliwie należy pielęgniarka - są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem jego zdrowia. Obowiązek ten nie ma zastosowania w przypadku, gdy tak stanowią przepisy odrębnych ustaw, pod którym to pojęciem należy rozumieć wyraźny zapis ustawy odnoszący się do możliwości pozyskiwania danych medycznych. W treści art. 105 u.o.p.s. nie znajdujemy jednoznacznego zapisu stwarzającego po stronie pracownik socjalnego taką możliwość, należy więc przyjąć, iż przepis ten odnosi się jedynie do informacji nie objętych szczególnym zakresem ochrony prawnej. Tym samym należy stwierdzić, że pielęgniarka środowiskowa nie jest uprawniona do udzielania pracownikowi socjalnemu informacji dotyczących stanu zdrowia pacjenta i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, ani żadnych innych informacji objętych treścią dokumentacji medycznej.

*Pytanie pochodzi z Serwisu Prawo i Zdrowie.*

Iwona Kaczorowska-Kossowska  
Radca prawny

## **Jakie są wymagania prawne dotyczące postępowania z dokumentacją medyczną w postaci zleceń lekarskich na zabiegi pielęgniarskie (zastrzyki, opatrunki, itp.) po ich realizacji?**

**Czy powinny one być w posiadaniu pielęgniarki i dołączone do dokumentacji medycznej, czy też są one własnością pacjenta?**

**Czy wystarczający prawnie jest wpis w książce zabiegowej potwierdzający, że takie zlecenie pielęgniarka widziała?**

Odpowiedź

Zgodnie z treścią § 72 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania - dalej r.d.m., dokumentacja zewnętrzna w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne.

Uzasadnienie

Zgodnie z treścią § 72 ust. 2 r.d.m., dokumentacja wewnętrzna w postaci zleceń lub skierowań jest przechowywana przez podmiot, który zrealizował zleczone świadczenie zdrowotne. Zlecenia podlegają więc przechowywaniu nie-

zależnie od karty zleceń, o której mowa w § 18 ust. 2 pkt 2 r.d.m. Na kim spoczywać będzie obowiązek przechowywania zleceń, zależeć będzie od tego, czy pielęgniarka realizująca zlecenie czyni to w ramach wykonywania zawodu w podmiocie leczniczym, czy też jako indywidualna praktyka pielęgniarska. Zgodnie bowiem z § 62 ust. 2 r.d.m. pielęgniarka wykonująca indywidualną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego dokonuje wpisów w dokumentacji indywidualnej i zbiorczej prowadzonej przez podmiot leczniczy. Zgodnie zaś z § 62 ust. 1 r.d.m. pielęgniarka udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki zawodowej, z wyłączeniem wykonywania indywidualnej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego, prowadzi dokumentację medyczną pacjenta we własnym zakresie.

*Pytanie pochodzi z Serwisu Prawo i Zdrowie.*

Iwona Kaczorowska-Kossowska  
Radca prawny



## KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE



### Gratulacje

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

Jan Paweł II

**W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej  
serdeczne gratulacje i słowa uznania dla włożonego wysiłku  
z okazji uzyskania tytułu specjalisty w roku 2014**



**Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa neurologicznego**

Beata Daniluk

Elżbieta Hałabuda



**Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego**

Małgorzata Maciuk

Aleksandra Jaźwińska



**Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego**

Barbara Ryś

Mariola Meleszko



**Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego**

Justyna Antyborzec

Ewa Choptianna

życzę wielu sukcesów, wytrwałości w doskonaleniu zawodowego warsztatu, powodzenia  
w realizacji zamierzonych celów, pomyślności w życiu osobistym i zawodowym

Elżbieta Celmer vel Domańska  
Przewodnicząca ORPiP

### **Gratulacje z okazji uzyskania tytułu zawodowego magister pielęgniarstwa**

*Absolwentką z terenu działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej,  
ukończyła w roku akademickim 2014/2015 studia II stopnia na kierunku Pielęgniarstwo  
w Wyższej Szkole Ekonomii i Innowacji w Lublinie:*

**Pani Marzenna Ściuba**



*W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej koleżankom z okazji ukończenia  
studiów i obrony pracy magisterskiej składam serdeczne gratulacje oraz życzenia wielu pięknych chwil,  
radości i dobra płynącego z sukcesów naukowych i zawodowych.*

Elżbieta Celmer vel Domańska  
Przewodnicząca ORPiP

**Mgr Dorota Świst**

Specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego  
 Specjalista ds. Epidemiologii w SPZOZ Świdniku  
 Zastępca Przewodniczącej Komisji ds. Epidemiologii

## **NADZÓR EPIDEMIOLOGICZNY NAD PRACOWNIĄ ENDOSKOPOWĄ-ZNACZENIE BIOFILMU**

**Prezentacja przedstawiona w trakcie XIII Konferencji Szkoleniowej Pielęgniarek Epidemiologicznych Ziemi Lubelskiej, która odbyła się w Zemborzycach Tereszyńskich k/Lublina w terminie 12-13 września 2014r.**

Endoskopia czyli wziernikowanie, jest to badanie polegające na oglądaniu wnętrza ciała przez wprowadzony wziernik. Nazwa endoskopia powstała z połączenia dwóch słów greckich *endeon*-wnętrze i *scopeo* - patrzeć.

Rodzaje zabiegów endoskopowych:

**ezofagoscopia** – wziernikowanie przełyku, **gastroskopia** – wziernikowanie żołądka, **gastroduodenoscopia** – wziernikowanie żołądka i dwunastnicy, **duodenoscopia** – wziernikowanie dwunastnicy, **intestinoskopia** – wziernikowanie jelita czczego, **kolonoskopia** – badanie jelita grubego (okrężnicy). Pierwsze doniesienia o zakażeniach kojarzonych z badaniami endoskopowymi pojawiły się w latach 70-tych dwudziestego wieku i dotyczyły transmisji *Helicobacter pylori*. W literaturze dokumentowane były zakażenia, które posiadały udowodniony związek z zabiegami endoskopowymi, wywołane przez *Clostridium difficile*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Serratia marcescens*, *Enterobacter cloacae*, *Salmonella* oraz wspomniany wcześniej *Helicobacter pylori*. W badaniach mikrobiologicznych pobranych z niedostatecznie zdezynfekowanych endoskopów wykryto: bakterie *Enterococcus spp*, *Legionella pneumophila*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *E. coli*, prątki gruźlicy i grzyby drożdżopodobne.

Nieskuteczna dezynfekcja endoskopów ma szczególne znaczenie w przypadku mikroorganizmów wytwarzających biofilm, do których zaliczymy np. *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus* czy grzyby.

Dlatego biofilm wytwarzany przez mikroorganizmy na wyrobach medycznych jest tak niebezpieczny i na czym polega jego specyfika. Biofilm (z ang. film - warstwa) zwany także błoną biologiczną (ang. biological membrane) – jest to wielokomórkowa struktura bakterii (i innych organizmów) otoczona warstwą substancji organicznych i nieorganicznych, produkowanych przez mikroorganizmy przywierająca do powierzchni organicznych i nieorganicznych

**Budowa biofilmu.** Najważniejszym składnikiem biofilmu jest zewnątrzkomórkowy polimer EPS (extracellular polymeric substance) zwany inaczej matrix, śluz, który stanowi zewnętrzną jego ochronę jak też jest również przestrzenią, w której następuje komunikacja pomiędzy komórkami za pomocą sygnałów chemicznych i fizycznych. Wewnątrz biofilmu występuje system kanałów wodnych, dostarczających substancje odżywcze i sygnał

do każdego fragmentu jego struktury.

**Powstawanie biofilmu – etapy.** Biofilm osadza się na powierzchniach nieożywionych w kontakcie z płynami stanowiącymi podstawę jego rozwoju. Powstawaniu biofilmu sprzyjają wszelkie szczeliny, nisze, w których jest bezpieczny w przypadku prób jego mechanicznego usunięcia. Początkowym etapem rozwoju biofilmu jest adhezja czyli przyleganie. Polega to na osadzaniu się pojedynczych komórek bakterii czy grzybów na powierzchni nieożywionej. Czynnikiem ułatwiającym osadzanie są np. rzęski u bakterii ułatwiające zaczepienie się. Następnym etapem jest produkcja śluzu w przypadku biofilmu warstwa ta jest określana jako *macierz -matrix-glikokaliks*. Finalnym etapem jest biofilm dojrzały, kiedy warstwa zewnętrzna tworzy bardzo skuteczną ochronę przed preparatami dezynfekcyjnymi czy w przypadku ciała ludzkiego antybiotykami. Etap inwazyjny wiąże się z opuszczaniem dojrzałego biofilmu przez pojedyncze komórki bakterii i opanowywania nowych obszarów. Biofilm w obiektywie mikroskopu elektronowego prezentuje się imponująco. Są to przestrzenne wielostronne wytwory przypominające często zastygłą lawę, czasami rozrośniętą we wszystkich kierunkach grzybnię.

Do niezwykłych możliwości biofilmu zaliczyć możemy nawet możliwość wzajemnej komunikacji zwaną Quorum sensing QS-wyczuwanie kworum. Bakterie posługują się takim swoistym porozumieniem np. w sytuacji nadmiernego rozrostu na danym terytorium. Dają sobie wtedy hasło, aby nie rozrastać się bardziej, bo np. grozi to samozatruceniem własnymi metabolitami i wtedy decydują się do szukania nowych wolnych od biofilmu powierzchni. Endoskop jest właśnie taką doskonałą do ataku bakterii powierzchnią z uwagi na swój kształt długi, wąski kanał który w kontakcie z płynami jest wymarzoną przestrzenią dla ekspansji bakterii.

Endoskopy to przyrządy podatne na uszkodzenia. Wilgoć, mikro uszkodzenia powierzchni stanowiące zaciszne nisze, pozostałości zanieczyszczeń organicznych to świetna lokalizacja dla biofilmu. W prezentacji pokazane były niezwykle zdjęcia wykonane za pomocą mikroskopu elektronowego, które pokazywały zabarwiony fluorescencyjnie biofilm uwidoczniony na części dystalnej endoskopu oraz na usuniętej z wnętrza endoskopu

szczoteczce. Kolejne niezwykle zdjęcie przedstawiało biofilm jaki powstał w kanale endoskopu, który w elektronicznym powiększeniu przypominał owcze runo. Zdjęcia te uzmysławiają nam niebezpieczeństwo jakie wiąże jakie może przynieść nieskutecznie wykonana dekontaminacja endoskopów, dlatego tak ważną rolę pełni nadzór epidemiologiczny sprawowany nad pracownią endoskopową.

Opisując elementy nadzoru epidemiologicznego starałam się wskazać stan, do którego dążymy choć na pewno nasze pracownie są na różnych etapach zaawansowania, przeważnie uzależnionych od nakładów finansowych danej jednostki.

Do elementów nadzoru epidemiologicznego w pracowni endoskopii zaliczymy:

**1. Niezbędne kwalifikacje i umiejętności osób przeprowadzających przygotowanie endoskopów do użycia.** Od ich bowiem wiedzy i doświadczenia zależy bezpieczeństwo własne i pacjentów poddanych badaniu endoskopowemu. Niezbędne kwalifikacje to kurs specjalistyczny Endoskopia dla pielęgniarek. Niezbędne jest również stałe uzupełnianie swojej wiedzy poprzez: okresowe szkolenia wewnętrzne, udział w konferencjach oraz cykliczna nauka własna.

**2. Ocena znajomości i dostępności pisemnych procedur dotyczących:**

- dekontaminacji endoskopów według aktualnych wytycznych
- postępowania z uszkodzonym sprzętem
- zapobiegania zakażeniom szpitalnym (higiena rąk, plan higieny, postępowanie z odpadami, zasady ochrony pracownika przed czynnikami biologicznymi)

**3. Ocena prawidłowo wykonywanej procedury dekontaminacji**

- ocena właściwie wyposażonych ujęć wody, odpowiedniego zlewu
- ocena dostępności niezbędnych elementów wyposażenia stosowanych w dekontaminacji endoskopów tj. gąbki jednorazowe do wstępnego oczyszczenia płaszcza zewnętrznego endoskopu
- ocena wizualna endoskopów, myjni pod kątem obecności zanieczyszczeń organicznych, osadów, przebarwień

**4. Ocena właściwego stosowania preparatów do dekontaminacji endoskopów**

- zapewnienie właściwego osuszania endoskopów powietrzem wolnym od flory mikrobiologicznej (filtr mikrobiologiczny)

**5. Ocena właściwego stosowania wyrobów krytycznych**

- zapewnienie sterylności akcesoriów endoskopowych, które naruszają ciągłość błony śluzowej (kleszczyki, pętle), w przypadku dekontaminacji wielorazowych akcesoriów stan (szczelność) myjki ultradźwiękowej- właściwe przechowywanie sprzętu sterylnego

**6. Ocena sprzętu pod względem spełniania wymogów technicznych**

- myjnia automatyczna spełniająca wymogi normy EN ISO 15883-1/4

**7. Ocena sprzętu pod względem spełniania wymogów technicznych**

- dostarczanie do myjni wody pozbawionej zanieczyszczeń mikrobiologicznych (filtry mikrobiologiczne, stacja uzdatniania wody)
- przy aparatach do endoskopii butelki z wodą sterylną wymienianą codziennie
- aktualność okresowych przeglądów technicznych potwierdzona wpisami do dokumentów aparatów i urządzeń

**8. Ocena właściwego stosowania preparatów do dekontaminacji endoskopów**

- stosowanie zalecanego spektrum obejmujące spory
- znajomość właściwego stężenie preparatu, czasu ekspozycji zgodny z zaleceniami producenta - kontrola pod względem aktywności roztworu

**9. Ocena dostępności środków ochrony osobistej chroniących przed zagrożeniami biologicznymi i chemicznymi**

- fartuchy nieprzemakalne z długimi rękawami
- gogle lub przyłbice ochronne na twarz-maski na twarz
- rękawice na mankiety

**10. Ocena wyposażenia pracowni:**

- wentylacja pomieszczeń
- zapewnienie szafy do przechowywania endoskopów
- w przypadku braku profesjonalnej szafy osłony jednorazowe na endoskopy

**11. Ocena dokumentacji potwierdzającej właściwie przeprowadzoną dekontaminację endoskopów:**

- możliwość powiązania użytego sprzętu z konkretnym pacjentem wraz z danymi na temat sposobu dekontaminacji
- wydruki z myjni
- adnotacja w dokumentacji pracowni, pacjenta

**12. Kontrole mikrobiologiczne skuteczności dekontaminacji**

- pobieranie próbek poprzez płukanie kanałów
- pobieranie wymazów z powierzchni i zaworów endoskopów
- pobieranie wymazów z myjni automatycznej

**13. Ocena wyników badań kontroli mikrobiologicznych skuteczności dekontaminacji:** Wykrycie bakterii patogennych wskazuje na błędy w procesie dekontaminacji - rodzaj wykrytych bakterii sugeruje rodzaj popełnionego błędu

- wykrycie bakterii *Staphylococcus aureus* sugeruje nieprawidłowe przechowywanie endoskopów, nieprawidłowy transport, zanieczyszczenie próbek podczas pobierania
- wykrycie *Escherichia coli*, *Enterococcus* wskazuje na niedostateczne mycie wstępne, zaniechanie dokładnego szczotkowania



- wykrycie obecność **Pseudomonas** na niedokładność systemu filtrów
- wykrycie **Legionella** sugeruje zanieczyszczenie myjni, zanieczyszczenie wody
- wyhodowanie z endoskopów bakterii jest wskaźnikiem, że mogą być też obecne wirusy np. WZW typu B

#### 14. Ocena skuteczności procesu dekontaminacji w myjni za pomocą metod wykrywania pozostałości białkowych

- metoda ninhydrynowa czuła zwłaszcza przy wykrywaniu aminokwasów
- metoda OPA

#### 15. Ocena skuteczności procesu dekontaminacji za pomocą przyrządu z przejrzystą ścianką symulującego endoskop

- ocena wizualna pozostałości białkowych

#### 16. Ocena zużycia preparatów do dezynfekcji rąk w odniesieniu do liczby wykonywanych badań.

Literatura źródłowa:

1. Marek T.: Pracownia endoskopowa-zagrozenia związane z niewłaściwym myciem i dezynfekcją oraz wytyczne obowiązujące w Unii Europejskiej, Zakażenia, 2004, 4, 11-18
2. Muczyn, Zielińska A., Właściwe środowisko mikrobiologiczne pracowni endoskopowej a bezpieczeństwo pacjenta, Via Medica.
3. Kula Z. i wpół., Kontrola mikrobiologiczna procesów dekontaminacji endoskopów przewodu pokarmowego, Przegląd gastroenterologiczny 2010,5, 207-2134.
4. Ochocka B. Zakażenia szpitalne a ryzyko infekcji w endoskopii, OPM 12/02 Dział: Technika medyczna <http://www.elamed.com.pl/medyczny>
5. Jacyna –Onyszkiewicz A. ,Badanie endoskopowe układu trawiennego Fibak J.(red) Chirurgia. Podręcznik dla studentów, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002,354
6. Marek T., Dziurkowska –Marek A., Środki dezynfekcyjne do dekontaminacji endoskopów giętkich, Zakażenia 2006, nr 2
7. Bożena Jakimiak, Ocena skuteczności mycia w myjniach -dezynfektorach Zakład Zwalczenia Skażeń Biologicznych Państwowego Zakładu Higieny, Zakażenia 2007, nr 5
8. Wytyczne z 2008 roku czyszczenia i dezynfekcji w endoskopii gastroenterologicznej, Europejskie Towarzystwo Endoskopii Gastroenterologicznej, Europejskie Towarzystwo Pielęgniarek i iAsystentek Gastroenterologicznych i endoskopowych Beilenhoff U. I współautorzy oraz Komitet ds. Wytycznych ESGE Tłumaczenie Magdalena Gudziska
9. Bożenna Jakimiak, Ewa Rohm- Rodowald, Monika Staniszewska, Mycie i dezynfekcja maszynowa według normy PREN ISO 15 883 - Zakażenia 2006 nr 2
10. Pajkos A. i wsp . (2004) J. Hosp . Infect ., 58, 224 229 wsp. Ho sp. Infect., 224-229
11. Różalska B., Walencka E., Sadowska B., Wykrywanie biofilmów stanowiących problemy medyczne i perspektywy ich eradykacji7., Zakażenia 2010, 1

**mgr piel. Beata Rożenek**

pielęgniarka epidemiologiczna

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bychawie

## Nadzór epidemiologiczny nad POZ

Nadzór epidemiologiczny, czyli podejmowanie wszelkich działań w celu zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi dotyczy nie tylko szpitala, ale również podstawowej opieki zdrowotnej. Pod pojęciem POZ kryją się m. in. przychodnie: lekarz pierwszego kontaktu (medycyna rodzinna), ale są to również przychodnie lub poradnie specjalistyczne, gabinety diagnostyczno-zabiegowe, gabinety szczepień, Nocna i Świąteczna Ambulatoryjna Opieka Zdrowotna POZ (również zespół wyjazdowy), Gminne i Wiejskie Ośrodki Zdrowia.

Nie sposób w krótkiej publikacji wymienić szczegółowo wszystkich elementów podlegających kontroli sanitarno epidemiologicznej, czy też skrupulatnie opisać poszczególnych procedur. Warto jednak zwrócić uwagę na elementy newralgiczne wynikające z odmienności funkcjonowania POZ.

**Kontrola wewnętrzna** jest jednym z elementów działań podejmowanych na rzecz zapobiegania szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Podstawa prawna nadzoru epidemiologicznego:

- Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. 10 Nr 100 poz.646)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz. U. Nr 100 poz. 645).

Innym nie mniej istotnym podczas prowadzenia kontroli wewnętrznej jest:

11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 poz.739)

Zgodnie z rozporządzeniem MZ **protokół kontroli wewnętrznej** prowadzonej zarówno w szpitalu jak i POZ musi zawierać niezbędne elementy takie jak:

- nazwa jednostki kontrolowanej
- data przeprowadzenia kontroli
- cel i zakres kontroli
- imię i nazwisko osoby przeprowadzającej kontrolę
- imiona i nazwiska osób uczestniczących w kontroli
- opis stanu faktycznego
- stwierdzone nieprawidłowości
- zalecenia pokontrolne.

W przypadku stwierdzonych nieprawidłowości istotne jest również wyznaczenie daty kontroli sprawdzającej wykonanie zaleceń. Termin nie może być dłuższy jak 3 miesiące.

**Elementy podlegające nadzorowi epidemiologicznemu** są wspólne zarówno dla szpitala jak i POZ. Należą do nich:

12. **Pomieszczenia i urządzenia** – zgodnie z w/w rozporządzeniem MZ – w przypadku braku spełnienia wymagań należy dysponować planem dostosowawczym, o którym mowa w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654)

- gabinety diagnostyczno-zabiegowe – zabiegi, szczepienia, pobieranie materiału do badań laboratoryjnych - dopuszczalne jest wykonywanie wszystkich tych czynności pod warunkiem rozdziału czasowego

13. **Procedury** – dostępne, kompletne, aktualne, ich znajomość potwierdzona podpisami pracowników. Należą do nich m. in.:

- Procedura higieny rąk
- Procedura postępowania z odpadami medycznymi
- Procedura dekontaminacji narzędzi, sprzętu medycznego, skóry i błon śluzowych
- Procedura utrzymania czystości tzw. plan higieny
- Procedura postępowania po ekspozycji zawodowej na krew lub IPIM
- Procedura - preparaty dezynfekcyjne (stosowane w danej jednostce).

14. **Stanowisko higieny rąk** wyposażone w baterię uruchamianą bez kontaktu z dłonią, w dozowniki na mydło, preparat do dezynfekcji rąk, pojemnik na ręczniki jednorazowego użycia, daty ważności preparatów muszą być aktualne, w widocznym miejscu powinna być umieszczona instrukcja mycia i dezynfekcji rąk - niezależnie od umywalki w gabinecie diagnostyczno-zabiegowym powinien znajdować się zlew dwukomorowy.

15. **Stan sanitarno-higieniczny pomieszczeń** – pomieszczenie porządkowe, sposób przechowywania sprzętu przeznaczonego do utrzymania czystości (w stanie czystym i suchym), przechowywanie preparatów myjących i myjąco-dezynfekujących, dezynfekcyjnych w zamykanych, opisanych szafach.

16. **Dostępność środków ochrony osobistej i ich stosowanie.**

17. **Preparaty dezynfekcyjne** – dostępność, znajomość poprawności stosowania poszczególnych produktów, przechowywanie (szafki opisane), daty ważności produktów, dostępność wanienki z sitem (o odpowiedniej pojemności) przeznaczonej do dezynfekcji narzędzi i sprzętu medycznego, wydzielony blat lub stolik przeznaczony do suszenia narzędzi, pojemniki do transportu do sterylizacji – opisane, szczelnie zamykane.

18. **Przechowywanie materiału sterylnego i nie sterylnego, leków** – wydzielone szafki lub półki, poukładany asortymentowo, daty ważności aktualne.

19. **Tlenoterapia** – zazwyczaj w mniejszych przychodniach, ośrodkach zdrowia nie ma dostępu do centralnej tlenowni, źródłem tlenu są butle. Należy zwracać uwagę, aby reduktor zabezpieczony był w odpowiedni sposób, a butelka nie była napełniona wodą jeśli pacjentowi nie jest podawany tlen. W zapasie powinno być kilka sterylnych butelek.

20. **Segregacja odpadów**– zachowana, kosze czyste wyłożone workiem w odpowiednim kolorze, pojemnik twardo ścienny dostępny, opisany prawidłowo.

Nie mniej jednak ze względu na specyfikę funkcjonowania przychodni, często oddalonej od komórki macierzystej (szpital wraz ze wszystkimi jednostkami organizacyjnymi np. sterylizacja, pomieszczenie do czasowego gromadzenia odpadów medycznych) pojawia się kilka nowych elementów w nadzorze nad POZ.

**Kontrola przebiegu „Procedury postępowania z odpadami medycznymi”**

Zgodnie z Ustawą z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. 2013 poz. 21) oraz Rozp. Min. Zdr. z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139 poz. 9) § 2.

1. *Odpady medyczne, z zastrzeżeniem ust. 2, zbiera się w miejscach ich powstawania uwzględniając ich właściwości, sposób ich unieszkodliwiania lub odzysku.*

2. *Odpady medyczne powstałe w wyniku udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania powinny zostać usunięte przez osoby udzielające świadczeń zdrowotnych i z zachowaniem odpowiednich środków ostrożności niezwłocznie przekazane do pomieszczenia lub urządzenia do magazynowania odpadów medycznych, o którym mowa w § 5. 40)*

Jednym z newralgicznych punktów w POZ jest **gromadzenie i transport odpadów medycznych**. W przychodniach lub ośrodkach zdrowia do czasowego groma-

dzenia odpadów medycznych służą tzw. **przenośne urządzenia chłodnicze**, czyli lodówki przeznaczone tylko do tego celu. Codziennie należy odnotować temperaturę oraz okresowo (zgodnie z obowiązującą procedurą ) dokonać wpisu odnośnie mycia i dezynfekcji chłodziarki. Kolejnym istotnym elementem jest transport odpadów medycznych przeznaczonych do utylizacji. Najlepszym rozwiązaniem z epidemiologicznego punktu widzenia jest zawarcie stosownego zapisu w umowie z firmą odbierającą odpady - będą zabierane nie tylko ze szpitala, ale również ze wszystkich jednostek organizacyjnych oddalonych od szpitala. Jeśli taki zapis w umowie nie został zawarty do transportu należy przeznaczyć własny pojazd dostosowany do wymagań związanych z transportem odpadów medycznych. Kolejny element, który pojawia się w POZ, to **zespoły wyjazdowe** również zobowiązane do gromadzenia odpadów medycznych w miejscu ich wytwarzania (zgodnie z rozporządzeniem MZ). Worki w odpowiednim kolorze, pojemnik na ostre odpady powinny być umieszczone w szczelnie zamkniętym pojemniku na czas transportu, następnie składowane w miejscu przeznaczonym do tego celu.

Kolejnymi bardzo istotnymi zagadnieniami w nadzorze epidemiologicznym nad POZ jest transport :

- materiału biologicznego do badań laboratoryjnych
- narzędzi i sprzętu medycznego do sterylizacji
- bielizny czystej i bielizny brudnej
- zapotrzebowania z apteki szpitalnej
- zapotrzebowania z magazynu szpitalnego.

Transport musi odbywać się we właściwych warunkach, pojazdem do tego celu przeznaczonym, w pojemnikach szczelnie zamykanych, opisanych. Zawsze należy pamiętać o dezynfekcji i myciu pojemników transportowych.

**Gabinet szczepień** - zachowanie „łańcucha chłodniczego” jest niezmiernie istotnym elementem podlegającym nadzorowi epidemiologicznemu. Kontrola podlega jednocześnie prowadzenie zapisów temperatury w lodówkach/chłodziarkach przeznaczonych do przechowywania szczepionek. Idealnym rozwiązaniem jest wyposażenie w profesjonalny system pomiaru i monitorowania temperatury oraz wilgotności. Urządzenie takie powinno być wyposażone również w system alarmowy informujący pracowników o wykrytych nieprawidłowościach np. wzrost temperatury, awaria systemu zasilania lodówki. W każdym gabinecie/punkcie szczepień powinna zostać opracowana instrukcja (schemat) postępowania na wypadek awarii urządzenia chłodniczego.

**Profesjonalny system monitorowania temperatury:**

- ⊙ Alarmy SMS
- ⊙ E-maile z raportami
- ⊙ Rejestracja pomiarów
- ⊙ Wizualizacja danych na wykresie
- ⊙ Łączność przez WiFi lub LTE/WiFi
- ⊙ Bateria umożliwiająca pracę w przypadku braku zasilania

- ⊙ Alarmy o awarii systemu
- ⊙ Łatwa konfiguracja

**Obowiązek gabinetów szczepień związany z prawidłowym przechowywaniem szczepionek wynika z czterech aktów prawnych:**

16. Ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2008 r. Nr 234 poz. 1570 z późn. zm.)

17. Ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.)

□ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie sposobu przekazywania szczepionek świadczeniodawcom prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne oraz sposobu przechowywania szczepionek stanowiących rezerwę przeciwepidemiczną kraju (Dz. U. z 2010 r. Nr 232 poz. 1524)

□ Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2002 r. w sprawie procedur Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej (Dz. U. z 2002 r. Nr 144 poz. 1216).

Procedury związane z transportem i przechowywaniem szczepionek opierają się na **zasadzie zachowania łańcucha chłodniczego**. Szczepionki są szczególnie wrażliwe na zmiany temperatury, a niezapewnienie odpowiednich warunków termicznych podczas transportu lub przechowywania może skutkować przede wszystkim zmniejszeniem ich skuteczności lub całkowitą utratą aktywności. Warunki transportu i przechowywania ustalone przez producenta szczepionek muszą być bezwzględnie zachowane od chwili wyprodukowania szczepionek do czasu podania preparatu pacjentowi.

**Gabiny szczepień zobowiązane są do przestrzegania następujących zasad:**

□ Szczepionki należy przechowywać w gabinecie zabiegowym w specjalnej chłodziarce przeznaczonej tylko do tego celu, w stabilnej temperaturze 2–8°C.

□ Rozmieszczając w chłodziarce opakowania jednostkowe należy zachować odstęp od ścian wewnętrznych w celu utrzymania obiegu powietrza.

□ Szczepionek nie należy umieszczać na drzwiach chłodziarki oraz w bezpośrednim sąsiedztwie agregatu (ta druga lokalizacja grozi ich zamrożeniem, co całkowicie uniemożliwia ich dalsze wykorzystanie).

□ Nie należy przechowywać w tej samej chłodziarce szczepionek i innych leków, preparatów medycznych oraz żywności.

□ W wyjątkowych sytuacjach, gdy konieczne jest przechowywanie szczepionek razem z innymi preparatami, należy je przechowywać na osobnych półkach. Preparaty krwi należy umieścić poniżej szczepionek, aby uniknąć kontaminacji.

❑ Należy stale monitorować temperaturę wewnątrz chłodziarki, tj. codziennie, również w dni wolne od pracy.  
 ❑ Odczyt temperatury należy udokumentować wpisem w rejestrze potwierdzonym podpisem osoby dokonującej kontroli temperatury.

❑ Optymalnym rozwiązaniem jest ciągle monitorowanie temperatury urządzeniami elektronicznymi z funkcją rejestracji zapisów.

❑ Jeżeli temperatura w chłodziarce przekroczy dopuszczalny zakres, szczepionki należy przenieść niezwłocznie do innej, sprawnej chłodziarki.

❑ Każdy przypadek niezachowania warunków zgodnych z zasadą łańcucha chłodniczego na skutek awarii chłodziarki należy niezwłocznie zgłosić do właściwej Powiatowej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej.

*Świadczeniodawcy realizujący szczepienia ochronne są zobowiązani do zachowania łańcucha chłodniczego od momentu, w którym weszli w posiadanie preparatów szczepionkowych. Procedury te należy stosować również w dni wolne od pracy.*

Jako ciekawostkę przytoczyć tutaj można wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego (WSA) w Lublinie z dnia 25 kwietnia 2013 roku. Wyrok dotyczy skargi Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej na decyzję Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego, który nakazał zapewnienie właściwych warunków przechowywania szczepionek w dni wolne od pracy.

W uzasadnieniu wyroku sąd zaznaczył, że „(...) stosowanie procedur określanych mianem łańcucha chłodniczego ma sens jedynie wówczas, gdy warunki przechowywania, transportu preparatów oraz ich monitorowania będą zachowane przez wszystkie podmioty występujące w tym łańcuchu. Byłoby całkowicie nieracjonalne takie rozwiązanie, według którego podmioty zajmujące się obrotem produktów immunologicznych dochowywały tych procedur tylko w dni robocze, natomiast w dni wolne od pracy obowiązek ten nie byłby egzekwowany (...)”.

Podsumowując zawarte wyżej treści nadzór sprawowany przez pielęgniarkę epidemiologiczną nie ogranicza się tylko i wyłącznie do funkcjonowania szpitala. Są to również przychodnie (medycyna rodzinna, poradnie specjalistyczne), ośrodki zdrowia, ratownictwo medyczne (jeśli znajduje się w strukturach organizacyjnych danej

jednostki). Często bywają one oddalone o kilka lub kilkanaście kilometrów od szpitala. Pomimo wielu wspólnych elementów dotyczących kontroli wewnętrznej prowadzonej w szpitalu pojawia się tutaj kilka nowych, ale jakże istotnych punktów wynikających z nieco odmiennego funkcjonowania tych podmiotów, których nie można pominąć w nadzorze epidemiologicznym.

#### Piśmiennictwo

1. Fleischer M., Bober-Gheek B., *Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego*. Wydawnictwo Medyczne Urban i Partner. Wrocław 2006.
2. Ciurus M. *Procedury higieny w placówkach ochrony zdrowia*. Instytut Problemów Ochrony Zdrowia Sp. Z o. o. Warszawa 2013.
3. <http://www.mz.gov.pl/leki/produkty-lecznicze/przechowywanie-lekow/przechowywanie-szczepionek>
4. <http://www.mp.pl/szczepienia/prawo/aktyprawne/show.html?id=97650>
5. <http://www.mp.pl/szczepienia/szczepieniaiszczepionki/bezpieczenstwo/nadzo/show.html?id=92592>
6. <http://orzeczenia.nsa.gov.pl/doc/7C8B3CA0CF>
7. Ust. z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. 2008 Nr 234 poz. 1570)
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie zakresu, sposobu i częstotliwości prowadzenia kontroli wewnętrznej w obszarze realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych (Dz. U. 10. Nr 100 poz. 646)
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2010 r. w sprawie sposobu dokumentowania realizacji działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz warunków i okresu przechowywania tej dokumentacji (Dz. U. Nr 100 poz. 645)
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 poz. 739)
11. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654)
12. Ustawa z dnia 14 grudnia 2012 r. o odpadach (Dz. U. 2013 poz. 21)
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r. w sprawie szczegółowego postępowania z odpadami medycznymi (Dz. U. Nr 139 poz. 9)
14. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.)
15. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 listopada 2010 r. w sprawie sposobu przekazywania szczepionek świadczeniodawcom prowadzącym obowiązkowe szczepienia ochronne oraz sposobu przechowywania szczepionek stanowiących rezerwę przeciwepidemiczną kraju (Dz. U. z 2010 r. Nr 232 poz. 1524)
16. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2002 r. w sprawie procedur Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej (Dz. U. z 2002 r. Nr 144 poz. 1216).

## Podziękowania

### Pani Annie Juszcuk

*pielęgniarki z Niepublicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Przychodni Rejonowej Nr 1 w Białej Podlaskiej  
 W związku z przejściem na emeryturę, najserdeczniejsze podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę zawodową, życzliwość, koleżeńskość i serdeczność, oraz życzenia dobrego zdrowia, pomyślności i radości w życiu osobistym w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej  
 składa Elżbieta Celmer vel Domańska Przewodnicząca ORPiP*





## Zdrowie z natury – rośliny lecznicze

Z inicjatywy Komisji ds. Emerytów działającej przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej powstał cykl artykułów "Zdrowie z natury – rośliny lecznicze"

### Gwiazdnica pospolita



Należy do rodziny goździkowatych, choć na pierwszy rzut oka goździków – okazałych przeciw kwiatów – wcale nie przypomina. Jest niską rośliną jednoroczną o ścielących się po ziemi łodygach tworzących gęste skupienia. Ma drobne, jajowate, ostro zakończone listki i białe, niepozorne kwiatki zakwitające na szczytach łodyg.

U nas nazywana jest często mokrzcą, a w tradycji ludowej – kurzyśladem. Rośnie pospolicie na grządkach, ścieżkach i trawnikach jako kłopotliwy, bo bardzo szybko odrastający chwast. Tworzy gęste dywanowe kępy. Choć wygląda na kruchą, odznacza się olbrzymią energią życiową i błyskawicznie się rozrasta – wystarczy, że jej łodygowe węzły dotkną gleby i już się ukorzenia...

Zdobywa coraz większą popularność jako roślina lecznicza. Liście i łodygi rośliny są wykorzystywane w medycynie. Zawierają one w surowcu witaminę A, C i z grupy B oraz liczne składniki mineralne (wapń, fosfor, potas, magnez, żelazo, mangan, selen, sód i cynk). Ziele gwiazdnicy ma działanie wzmacniające, oczyszczające, dezynfekujące, wykrztuśne, przeciwskurczowe, mleko-pędne. Pomaga w obniżaniu wysokiej gorączki, gdyż ma działanie chłodzące. Leczy dolegliwości przeziębienia, kaszel, choroby płuc, astmę. Pomaga w stanach zapalnych dróg moczowych i pęcherza, leczy choroby nerek. Działa pozytywnie na układ trawienny, zobojętnia kwas żołądkowy i poprawia proces trawienia, likwiduje długotrwałe zaparcia (pomaga w odchudzaniu). Odwar z ziela można stosować jako tonik na bóle poporodowe oraz oczyszcza organizm. Wywar z gwiazdnicy pomaga w licznych zaburzeniach układu krwionośnego, poprawia krążenie krwi, wywołuje krwawienie miesięczne. Gwiazdnica likwiduje skutki zatrucia alkoholowego. Należy pamiętać, że roślina zawiera w sobie dużą ilość sapomin, przy przyjmowaniu gwiazdnicy w dużych ilościach, może dojść do wymiotów.

Zewnętrznie napar z ziela leczy wrzody, czyraki, krosty, goi rany, siniaki, stłuczenia, podrażnienia skóry, żyłki, egzemy. Okłady z ziela leczą różyczkę. Kąpiele ze świeżego ziela pomagają w stanach zapalnych skóry, reumatyzmie. Sokiemy przemywamy oczy w stanach zapalnych.

matyzmie. Sokiemy przemywamy oczy w stanach zapalnych.

#### Zastosowanie lecznicze:

**Odwar z ziela** - w dniu, gościcu, schorzeniach wątroby, nieżytkach górnych dróg oddechowych, chorobach płuc, zakłóceniach pracy serca, krwawych wymiotach, reumatyzmie, artretyzmie i bólu kończyn.

**Okłady-kataplazmy** z papki z ziela uśmierzają bóle reumatyczne i artretyczne, bóle mięśni, stawów i ścięgien, są pomocne przy ranach i wysypkach.

**Przymoczki** nasączone naparem z ziela są zalecane w leczeniu stanów zapalnych skóry, owrzodzeń, łuszczycy, róży, świeżych ran i pęknięć skóry.

**Nasiadówki** w naparze z ziela stosuje się w żyłkach odbytu, stanach zapalnych odbytu i sromu.

**Kąpiele** z dodatkiem naparu z ziela są pomocne w drobnych dermatozach, stanach zapalnych odbytu i sromu.

Z jadalnych nasion można przygotować chleb, starte na proszek służą jako zagęstnik do sosów. Gwiazdnica jest również doskonałą przyprawą. Młode listki i łodygi są bardzo pożywne i smaczne. Po ugotowaniu trudno je odróżnić od szpinaku. Mają odświeżający, łagodny smak i można dodawać je do sałatek czy kanapki. Młoda gwiazdnica ma bardzo przyjemny łagodny, lekko orzechowy smak. Jeżeli jednak jest gorzkawa, to wtedy przed dodaniem do zupy, najlepiej najpierw ją zagotować i odlać pierwszy wywar.

#### **Zupa z gwiazdnicy klasyczna tzn. na ziemniakach**

400 g (bardzo duży pęczek) gwiazdnicy  
mały pęczek liści szczawiu, babki i krwawnika  
1,2 l bulionu warzywnego lub drobiowego  
1 cebula  
2-3 ziemniaki  
1 mała pietruszka  
oliwa  
sól, pieprz  
śmietana (u mnie kozie mleko)  
jajka ugotowane na twardo

Ziemniaki, pietruszkę i cebulę pokroić, podduścić na oliwie. Dodać posiekane zielska i zalać bulionem. Gotować 15 minut, aż ziemniaki zmiękną. Gotową zupę zmiksować i podawać ze śmietaną (lub mlekiem) i jajkami na twardo.

## Referaty

# NIEFARMAKOLOGICZNE SPOSOBY ŁAGODZENIA BÓLU PORODOWEGO

Poród to wyjątkowe doświadczenie w życiu kobiety. Warto przygotować się do porodu, rozwinąć umiejętności, które pomogą współpracować z ciałem, efektywnie wykorzystywać przerwy między skurczami dla odpoczynku i ułatwią dziecku przechodzenie przez kanał rodny. Poród boli ponieważ skurcze mięśnia macicy powodują ucisk nerwów, przejściowe zaciskanie się naczyń co utrudnia dopływ krwi z tlenem oraz odprowadzanie krwi z produktami spalania (kwas mlekowy), które podrażniają zakończenia nerwowe. Boli rozciągająca się szyjka macicy, główka dziecka uciska na nerwy w okolicy kręgosłupa. Bolą również rozciągane i uciskane tkanki kroczu. Mimo, że ból w porodzie nie jest objawem patologii, to warto pomagać kobiecie w radzeniu sobie z nim. Aktywność, ruch podczas porodu sprawia, że poród przebiega sprawniej i w większym komforcie dla rodzącej.

## 15 AKTYWNYCH POZYCJI PORODOWYCH

### 1. Wychylanie się do przodu w kłęku

Rodząca kłęczy na jednym kolanie, drugie ma wysunięte daleko do przodu (trzeba pamiętać o podłożeniu pod kolana miękkiego materaca lub poduszki). Pozycja ta dynamizuje skurcze - wzmacnia ich siłę i regularność. Można ją stosować we wczesnej fazie porodu. Niesymetryczne ułożenie nóg w rozkroku (odchylenie ich w linii przód-tył) sprzyja prawidłowemu wstawieniu się główki dziecka w kanał rodny. Ruch w tej pozycji polega na rytmicznym, regularnym przenoszeniu ciężaru ciała na wysuniętą do przodu nogę. Ćwiczenie to wykonuje się kilkanaście razy na jednym kolanie odpowiednio dostosowując oddychanie: wychylenie w przód - wdech, powrót - wydech.

### 2. Kręcenie biodrami na piłce

Rodząca siedzi na piłce w lekkim rozkroku tak, aby jej pośladki wysunięte były jak najdalej do tyłu, a stopy były pewnie oparte na podłodze. Lekkie pochylenie ciała do przodu i oparcie rąk na kolanach zapewnia poczucie równowagi. Ta pozycja może być stosowana na początku porodu, gdy główka dziecka znajduje się wysoko nad wchodem miednicy. Wykonywanie okrężnych ruchów miednicą zwiększa szansę prawidłowego wstawienia się główki w kanał rodny. Można je także wykonywać kłęcząc na obydwu kolanach z rękoma opartymi na biodrach.

Kierunek obrotów biodrami nie ma znaczenia, ale ważne jest tempo, które pozwala na swobodne oddychanie. Ćwiczenia na piłce mogą być bardzo przydatne również w zaawansowanej fazie I okresu - zmniejszają ból skurczy. Oprócz kręcenia biodrami, można też na piłce podskakiwać. Ruch góra-dół powoduje rozluźnienie mięśni dna miednicy.

### 3. Siedzenie w kłęku

Rodząca siedzi na piętach, z szeroko rozwartymi kolanami. Pochyla się do przodu, ręce ma dłonie oparte o podłogę. Pozycja ta przydatna jest w zaawansowanej fazie I okresu porodu, gdy skurcze macicy są już bardzo silne. Pochylenie ciała do przodu powoduje, że skurcze działają zgodnie z siłą ciężenia ułatwiając rozwieranie szyjki i szybsze schodzenie główki. Bycie blisko ziemi jest instynktowną potrzebą rodzącej. Dodaje pewności siebie, wzmacnia zaufanie do własnej siły i intuicji. W czasie trwania skurczu można w tej pozycji kołysać się w przód i w tył. Taki ruch zmniejsza odczuwany ból, szczególnie efektywnie, gdy połączy się go z rytmem oddechu.

### 4. Opieranie się o osobę towarzyszącą

Rodząca stoi twarzą do osoby towarzyszącej, otacza jej szyję ramionami w taki sposób, by znaleźć podparcie dla pochylonych pleców. Kolana ma wyprostowane lub lekko ugięte, ręce rozluźnione. Osoba towarzysząca stoi wygodnie i stabilnie. W razie potrzeby może oprzeć się o ścianę. W tej pozycji silnie działa siła grawitacji, ułatwiając opuszczanie się dziecka, a tym samym przyspieszając rozwieranie szyjki macicy. Gdy pojawia się skurcz rodząca może kręcić biodrami wykonując „taniec brzucha”, sama lub z partnerem. Kontakt fizyczny i wspólny ruch dają kobiecie poczucie bezpieczeństwa, a osobie towarzyszącej umożliwiają aktywną pomoc: przytulenie ułatwiające odpoczynek lub masaż okolicy lędźwiowej w przerwie między skurczami.

### 5. Relaks z piłką

Rodząca siedzi na piętach z szeroko rozstawionymi nogami opiera się na piłce. Relaks w tej pozycji jest bardzo ceniony zwłaszcza przez te kobiety, które w czasie

skurczu odczuwają ból w dolnej części pleców. Z pozycji ukazanej na zdjęciu można przejść do bardziej aktywnej. Rodząca podnosi się na kolanach, obejmuje od góry piłkę ramionami i "turla się" na niej w przód i w tył.

#### **6. Masaż w przerwie między skurczami**

Aby masaż był skuteczny, rodząca powinna wybrać najwygodniejszą dla siebie pozycję. Na zdjęciu kobieta siedzi na piętach. Górną część ciała opiera swobodnie na worku sako, który łatwo dostosowuje się do pozycji ciała, nie powodując żadnych ucisków. Masaż wykonywany przez partnera lub położną pomaga w przerwie między skurczami. Należy masować te miejsca, które są najbardziej napięte i bolesne. Najczęściej jest to dół pleców, ramiona, tylna część nóg, twarz. Zdarza się, że masaż stanowi dla rodzącej zbyt silny bodziec, zamiast rozluźniać, drażni. W takiej sytuacji osoba towarzysząca może ograniczyć się do położenia dłoni na bolące lub napięte miejsca. To także przynosi rodzącej ulgę.

#### **7. Relaks w pozycji leżącej**

Rodząca leży na lewym boku, pod głowę i prawe kolano ma podłożone poduszki. Jest to pozycja spontanicznie wybierana przez kobiety, idealna do relaksu zarówno podczas ciąży, jak i w czasie porodu. Leżenie na lewym boku powoduje lepszy dopływ krwi do dziecka, ale jeśli rodzącej wygodniej jest na prawym, należy to pozostawić do jej decyzji. Pozycja na boku - w przeciwieństwie do pozycji wertykalnych - zmniejsza intensywność skurczy. Można więc ją wykorzystywać do odpoczynku przy bardzo dynamicznie przebiegającym porodzie. Miejsce, gdzie rodząca będzie mogła się położyć i zrelaksować w przerwie między skurczami. Warto przygotować zanim rozpocznie się intensywna faza porodu. Pozycje stosowane w fazie przejścia.

#### **8. Klęczenie na łóżku porodowym**

Rodząca klęczy z wysoko uniesionymi pośladkami, głową i ramionami stara się przylegać do łóżka. Pozycja ta zmniejsza siłę skurczów partych, a zatem umożliwia pełniejsze rozwarcie szyjki macicy i zapobiega jej pęknięciom. Jest szczególnie pomocna w fazie przejścia, kiedy rodząca odczuwa skurcze parte energicznymi wydechami, podobnymi do zdmuchiwanie świecy. Aby zwiększyć efektywność pozycji można - jeśli szpital dysponuje takim sprzętem - tak przechylić łóżko porodowe, aby dodatkowo zwiększyć różnicę wysokości między pośladkami, a głową (jak to widać na zdjęciu). Pozycje stosowane w II okresie porodu

#### **9. Parcie w kucki przy drabinkach**

Rodząca kuca z lekko rozstawionymi nogami. Ciężar jej ciała spoczywa na stopach płasko opartych o podłogę. Wyciągniętymi ramionami chwytą za drążek drabinki, co pozwala jej zachować równowagę i pomaga rozluźnić górną połowę ciała. Zamiast drabinki można wykorzystać np. brzeg łóżka, umywalki, czy parapetu. Po każdym skurczu dobrze jest wstać, by rozprostować nogi. Jest to najbardziej fizjologiczna i najefektywniejsza pozycja do porodu. Skraca kanał rodny i rozszerza go prawie o jedną trzecią objętości, ułatwiając schodzenie główki. Przy bardziej dynamicznych skurczach krocze pozostaje rozluźnione. Kucanie w początkowej fazie II okresu - przyspiesza obniżanie się główki dziecka. W tej pozycji położna może obserwować napinające się krocze, bezpośrednio lub przy pomocy lusterka położonego na podłodze przed rodzącą.

#### **10. Parcie w kucki z pomocą osoby towarzyszącej**

Rodząca kuca na płasko opartych stopach, z szeroko rozstawionymi nogami. Podtrzymywana przez siedzącego za nią partnera, opiera się o jego uda i kolana. Krzesło lub stółek, na którym siedzi partner powinien być na tyle wysoki, by pośladki rodzącej nie dotykały podłogi. Dla wzmocnienia oparcia podczas skurczu osoba towarzysząca może podłożyć zgięte w łokciach ręce pod pachy rodzącej i spieść z nią palce. W przerwie między skurczami kobieta może potrzebować rozluźnienia nóg. Wygodne do tego jest pochycenie ciała do przodu i klęk podparty, zb pozycji 2.

#### **11. Parcie w kucki na łóżku porodowym**

Jeśli w sali porodowej nie ma warunków, by rodząca mogła kucać na podłodze, pozycja ta jest również możliwa na łóżku porodowym. W tym przypadku rodzącej pomaga ją dwie osoby, które powinny stać po obu stronach łóżka, obejmując rodzącą w pasie, a w czasie skurczu - przytrzymując ją za kolana. Ta pozycja daje poczucie bezpieczeństwa, gdyż rodząca opierając się na barkach towarzyszących jej osób czuje fizyczne wsparcie z ich strony. Pozwala także położnej na wygodne obserwowanie obniżania się główki dziecka

#### **12. Parcie w klęku z pomocą osoby towarzyszącej**

Rodząca klęczy z szeroko rozstawionymi nogami. Opierając się o szyję i ramiona stojącego przy łóżku partnera, obniża pośladki i lekko wypina je do tyłu. Jest to pozycja spontanicznie wybierana przez kobiety, szczególnie, gdy poród postępuje szybko. Takie ułożenie ciała powoduje mniejszy nacisk wyrzynającej się główki na krocze, co zapobiega ewentualnym pęknięciom, a później

ułatwia ochronę krocza. Gdy dziecko się urodzi, położna kładzie je pomiędzy rodzicami, przy udach matki.

### **13. Parcie na boku na łóżku porodowym**

Kobieta leży na boku z nogami zgiętymi w kolanach. Głowę i tułów ma wysoko podparty poduszkami, workiem sako, a dodatkowo dzięki uniesieniu górnej części łóżka. Czasem, w momencie intensywnego wysiłku rodząca dodatkowo podnosi się na łokciu lub chwytając poręcz łóżka. Dla zwiększenia efektywności parcia powinna móc zaprzeć się obiema nogami: o łóżko albo - jak to pokazane na zdjęciu - o biodro położnej i ramię partnera. Ta pozycja jest korzystna, gdy poród postępuje bardzo szybko, ponieważ zwalnia nieco siłę skurczy, ułatwiając położnej ochronę krocza i pełną kontrolę, gdy pojawia się potrzeba nacięcia.

### **14. Parcie w poziomym kłku**

Rodząca kłoczy, zapierając się rękoma o szczeble łóżka. Opuszcza i wypina pośladki do tyłu tak, by górna część jej tułowia ułożyła się równoległe do łóżka. Jest to odwrócenie klasycznej pozycji porodowej „na wznak”. W takim ułożeniu ciała kanał rodny może się swobodnie rozszerzać, a siła parcia wspomagana jest przez grawitację. Ta pozycja jest korzystna w przypadku porodu dużego dziecka - łatwiej rodzą się barki.

### **15. Parcie w pozycji półsiedzącej**

Rodząca siedzi na łóżku z podciągniętymi i mocno zgiętymi w kolanach nogami. Jej plecy powinny być ustawione jak najbardziej pionowo - podparte poduszkami, workiem sako lub uniesioną górną częścią łóżka. Kobieta musi mieć oparcie dla nóg, ale - co bardzo ważne - stopy nie mogą być uniesione powyżej pośladków. Dla wzmocnienia siły parcia, rodząca często chwytając się poręczy łóżka. Tę pozycję proponuje się ostatnio coraz częściej, jednak dla niektórych kobiet jest niewygodna, bo unieruchamia kość ogonową powodując dodatkowy ból podczas rodzenia się główki dziecka.

Metody niefarmakologiczne łagodzenia bólu porodowego nie likwidują bólu całkowicie, ale nie zaburzają fizjologicznego mechanizmu porodu i wpływają na sprawniejszy przebieg porodu.

Świadome oddychanie pomaga pozbyć się napięcia mięśni. Wydech powinien być 2 razy dłuższy od wdechu. Pozwoli to rozluźnić ciało i pomoże w radzeniu sobie z bólem. Wstrzymywanie oddechu powoduje większy ból i zmęczenie. Każda przerwa między skurczami powinna być wykorzystana na odpoczynek i relaks.

Dobrym sposobem łagodzenia bólu jest masaż najbardziej bolesnych miejsc, najczęściej jest to okolica lędźwiowo-krzyżowa. Masaż ciepłymi rękami osoby bliskiej rozluźnia i łagodzi nieprzyjemne dolegliwości. Wsparcie bliskiej osoby daje siłę do zmagania się z kolejnymi skur-

czami. Obecność osoby bliskiej wpływa pozytywnie na przebieg i czas trwania porodu oraz zmniejszenie odczuwania bólu. Warto to wielkie wydarzenie w życiu, wielkie emocje, trud i ból, dzielić z osobą bliską.

Zanurzenie w wodzie sprawia, że rodząca czuje się lżejsza i łatwiej się relaksuje. Ciśnienie wody w jednaki sposób oddziałuje na całe ciało minimalizuje odczucie bólu i zwiększa wydzielanie endorfin. Poprawia się krążenie krwi oraz dotlenienie mięśni, dotlenione jest łożysko i dziecko. Jeżeli nie ma możliwości skorzystania z wanny, również korzystnie działa prysznic. Szum płynącej wody działa rozluźniająco, a jej strumień masuje plecy i brzuch.

Aromaterapia w sali porodowej, zarówno w I i II okresie porodu zyskuje coraz więcej zwolenników. Stwierdzono znakomity wpływ zapachu na stan psychofizyczny rodzącej, komfort i jej aktywność niezbędną w czasie porodu. Stosowana melisa i drzewo sandałowe poprawiają komfort psychomotoryczny. Lawenda działa uspokajająco, wzmacnia koncentrację. Podczas skurczów porodowych lawenda, drzewo herbaciane i sandałowe odkażają powietrze, co zapobiega infekcjom. W czasie porodu stosowane olejki eteryczne pomagają w oddychaniu, np. aromat z szałwii, mięty, eukaliptusa. Niemalże znaczenie posiada wpływ organoleptyczny zapachów. Przyjemny zapach lepiej nastraja poprawiając samopoczucie. Olejki eteryczne stosowane w aromaterapii nie posiadają negatywnego wpływu na stan i rozwój płodu.

Zgodnie z zasadami standardu opieki okołoporodowej osoba sprawująca opiekę nad kobietą rodzącą powinna udzielić wyczerpujących informacji o niefarmakologicznych i farmakologicznych metodach łagodzenia bólu porodowego. Kobieta ma prawo do wyboru metod, które jej odpowiadają.

Znieczulenie wziewne, zastosowanie gazu Entonox jest metodą farmakologiczną łagodzenia bólu porodowego. Entonox to mieszanina podtlenku azotu i tlenu. Efekt rozluźnienia pojawia się po 45 sekundach od pierwszego głębokiego wdechu. Zwykle rodząca wdycha gaz na samym początku skurczu by zmniejszyć ból na szczycie skurczu. Stosowanie tego znieczulenia podczas porodu ma zarówno zalety jak i wady. Zaletą jest szybkie zniwelowanie bólu i rozluźnienie rodzącej, nie zakłóca parcia. Wadą jest senność, zawroty głowy, zaburzenia świadomości, ograniczenie aktywności kobiety. Entonox jest lekiem, więc jak każdy lek musi być zlecony przez lekarza.

*Artykuł napisano na podstawie zaleceń Fundacji Rodzić po Ludzku oraz zapisów Standardu Opieki Okołoporodowej.*

Ilona Bilko  
położna  
pracująca w WSzS w Białej Podlaskiej





## Z żałobnej karty

*Człowiek umiera... Znowu za szybko!  
Człowiek umiera... Razem z nim wszystko.  
Tylko wspomnienia po nim zostają,  
Które wciąż mgliste z czasem się stają,  
Których tak wiele, jednak za mało...  
Znowu za szybko wszystko się stało!...*

**Koleżance Grażynie Papińskiej  
Skarbnikowi ORPiP w Białej Podlaskiej  
szczerze wyrazy współczucia  
z powodu śmierci BRATA i TATY  
składa Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Białej Podlaskiej**

*... Pamiętam czas spędzony z Tobą.  
Zostaniesz w moim sercu najbliższą osobą...*

**Z racji śmierci  
ŚP. STANISŁAWY MAKARUK  
Mamy pielęgniarki Aliny Kusznierek  
Szczere wyrazy współczucia Jej i jej najbliższym  
Składa Przewodnicząca ZZPOZ i jego członkowie  
w Białej Podlaskiej**

*...Daj Panie Ich duszom wieczny odpoczynek,  
a światłość Twoja niech odbija się w ich oczach.  
Kto żył z Wami – kochał, Kto Was kochał - oplakuje...*

**Z racji śmierci  
Ojca ŚP. PAWŁA ŁUKASZUKA  
i Brata ŚP. EDWINA ŁUKASZUKA  
Pielęgniarki Romualdzie Romaniuk  
Szczere wyrazy współczucia Jej i jej najbliższym  
Składa Przewodnicząca ZZPOZ i jego członkowie  
w Białej Podlaskiej**

*...Odeszłaś tak nagle, bez słów pożegnania,  
I Twoje serce przestało bić.  
Jest to trudny czas rozstania,  
Lecz w naszych myślach i wspomnieniach  
Ty zawsze będziesz żyć...*

**Z racji śmierci  
ŚP. ALINY GRADEK  
Mamy pielęgniarki Urszuli Weresy  
Szczere wyrazy współczucia Jej i jej najbliższym  
Składa Przewodnicząca ZZPOZ i jego członkowie  
w Białej Podlaskiej**

*...Zamknęły się oczy, spoczęły ręce,  
Przestało bić kochane serce...*

**Pielęgniarki Urszuli Weresa  
szczere wyrazy współczucia  
z powodu śmierci MAMY  
składają pielęgniarki  
z Poradni Alergologicznej  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
w Białej Podlaskiej**

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

**Pielęgniarki Mirosławie Izdebskiej  
szczere wyrazy współczucia  
z powodu śmierci MAMY  
składają współpracownicy  
z Szpitalnego Oddziału Ratunkowego  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
w Białej Podlaskiej**

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

**Pielęgniarki Celinie Błażewicz  
szczere wyrazy współczucia  
z powodu śmierci MĘŻA  
składają współpracownicy  
z Szpitalnego Oddziału Ratunkowego  
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego  
w Białej Podlaskiej**

<p><i>„Można odejść na zawsze, by stale być blisko” Ks. Jan Twardowski</i></p> <p>Pielęgniarki Krystynie Radko szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TEŚCIA składają pielęgniarki z Oddziału Chorób Wewnętrznych Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej</p>	<p><i>„Umarłych wieczność dotąd trwa, dokąd pamięcią im się płaci” Wisława Szymborska</i></p> <p>Pielęgniarki Grażynie Papińskiej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci BRATA i TATY składają koleżanki i koledzy z Pododdziału Kariologii Inwazyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej</p>
<p><i>„... Rozłąka jest naszym losem, spotkanie naszą nadzieją...”</i></p> <p>Pielęgniarki Danucie Zradzińskiej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY składają koleżanki i koledzy z pododdziału Kariologii Inwazyjnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Pielęgniarki Alicji Raźniewskiej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MEŻA TADEUSZA składają koleżanki z Oddziału Ginekologiczno-Położniczego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej</p>
<p><i>„Zamknęły się oczy, spoczęły ręce, Przestało bić kochane serce...”</i></p> <p>Pielęgniarki Joannie Sinickiej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TATY składają koleżanki z NZOZ Przychodnia Rejonowa Nr 2 ul. Łomaska w Białej Podlaskiej</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Pielęgniarki Barbarze Kuszneruk szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TATY składają współpracownicy Zespołu Opieki Medycznej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej</p>
<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Pielęgniarki Annie Szumiec szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MEŻA składają pielęgniarki z Oddziału Reumatologiczno-Laryngologicznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim</p>	<p><i>„Nie umiera ten, kto trwa w sercach i pamięci naszej”</i></p> <p>Pielęgniarki Ewie Jasińskiej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY składają pielęgniarki z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim</p>
<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Pielęgniarki Renacie Sikorskiej szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci TATY składają pielęgniarki z Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim</p>	<p><i>„Bliscy naszemu sercu zawsze pozostają w naszej pamięci”</i></p> <p>Z żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas Położna Maria Tarasiuk pracująca w Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Przychodnia Rejonowa Nr 1 w Białej Podlaskiej</p>
<p><i>„Jak trudno żegnać na zawsze kogoś, kto jeszcze mógł być z nami”</i></p> <p>Z żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas w wieku 50 lat Barbara Wierciszewska pielęgniarka Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim</p>	