



# FORUM

## ZAWODOWE

### 1(94)2015

CZASOPISMO OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE

ISSN 1213-2046



W dniu 30 stycznia 2015 r. w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie zostało podpisane porozumienie o współpracy pomiędzy Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, Podkarpacką Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Przeworsku i Regionem Podkarpackim Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie.

Poniżej zamieszczona treść podpisanego dokumentu.

*Przewodnicząca  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych  
Barbara Błażejowska-Kopiczak*



Okręgowa Izba  
Pielęgniarek i Położnych  
w Rzeszowie



Okręgowa Izba  
Pielęgniarek i Położnych  
w Krośnie



Podkarpacka Okręgowa Izba  
Pielęgniarek i Położnych  
w Przeworsku



Ogólnopolski Związek Zawodowy  
Pielęgniarek i Położnych  
Regionu Podkarpackiego

**Porozumienie o współpracy  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie  
Podkarpackiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Przeworsku  
z Regionem Podkarpackim Ogólnopolskiego Związku Zawodowego  
Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie**

**w sprawie działania na rzecz poprawy sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych**

zawarte dnia 30.01.2015 r. w Rzeszowie pomiędzy:

1. Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie, ul. Rymanowska 3 w imieniu i na rzecz której, działa Przewodnicząca Izabela Kowalska
2. Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Krośnie, ul. Bieszczadzka 5 w imieniu i na rzecz której, działa Przewodnicząca Barbara Błażejowska-Kopiczak
3. Podkarpacką Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w Przeworsku, ul. Krakowska 11 w imieniu i na rzecz której, działa Przewodnicząca Elżbieta Lewandowska

zwanymi w dalszym ciągu „Okręgowymi Izbami Pielęgniarek i Położnych”

z Regionem Podkarpackim Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie ul. Cegielniana 38 reprezentowanym przez Halinę Kalandyk zwanym w dalszym ciągu „Związkiem” łącznie bądź oddzielnie zwanych w dalszym ciągu; „Stronami”.

W Polsce doszło do pogorszenia się warunków wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej. Sukcesywnie dochodzi do zwiększania nakładanych na pielęgniarki i położne kolejnych obowiązków, w tym także nie związanych z kwalifikacjami i kompetencjami zawodowymi. Nastąpił realny spadek wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Nie ma również żadnych przesłanek pozwalających wnioskować, aby Rząd RP oraz Parlament zamierzał zrealizować obiecywane zmiany w ustawodawstwie.

W związku z powyższym Strony, każda działając na podstawie ustaw o związkach zawodowych oraz samorządzie pielęgniarek i położnych podjęły decyzję o zawarciu porozumienia o następującej treści:

#### §1.

Przedmiotem niniejszego porozumienia jest stworzenie warunków umożliwiających efektywne poprawienie sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych w Województwie Podkarpackim.

#### §2.

W celu realizacji niniejszego porozumienia, Strony zobowiązują się do:

1. wspólnego udziału przedstawicieli obu Stron w spotkaniach z przedstawicielami organów administracji państwowej i samorządowej, a także innych podmiotów,
2. wspierania się w działaniach, które indywidualnie zastrzeżone są do kompetencji własnych i wyłącznych danej Strony wynikających z ustawy o związkach zawodowych oraz ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych,
3. prowadzenia kampanii informacyjnej na temat oceny zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji zawodowej pielęgniarek i położnych.

#### §3.

1. Każda ze Stron ustali własny Harmonogram działań, jakie będzie podejmować dla realizacji niniejszego Porozumienia.
2. Strony będą informować się na bieżąco o podejmowanych działaniach oraz wzajemnie wspierać się w ich realizacji.

#### §4.

Strony zobowiązują się do wspólnego podejmowania wszelkich innych działań, które będą konieczne do reprezentacji i obrony godności zawodowej pielęgniarki i położnej.

#### §5.

1. Porozumienie sporządzono w czterech jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.
2. Porozumienie wchodzi w życie z dniem podpisania.

Okręgowa Izba  
Pielęgniarek i Położnych  
w Rzeszowie



Izabela Kowalska

Okręgowa Izba  
Pielęgniarek i Położnych  
w Kłodzku



Barbara  
Błażejowska-Kopiczak

Podkarpacka Okręgowa Izba  
Pielęgniarek i Położnych  
w Przemyślu



Elżbieta Lewandowska

Ogólnopolski Związek Zawodowy  
Pielęgniarek i Położnych  
Regionu Podkarpackiego



Halina Kalandyk

## W numerze

- 5 Wokół samorządu
- 5 Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra
- 8 Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych
- 8 Co roku coraz mniej chętnych do kształcenia się w zawodach pielęgniarki i położnej
- 9 Na krawędzi bezpieczeństwa
- 15 Warto wiedzieć
- 15 Opinie konsultantów
- 17 Opinie prawne
- 24 Praca w Anglii i tęsknota do Polski
- 26 Misyjna postęga
- 27 Dlaczego podstawowe choroby pasożytnicze są nadal popularne?
- 29 Praca zmianowa a zaburzenia snu wśród pielęgniarek
- 32 Ocena rozwoju dziecka jako działania profilaktyczne pielęgniarki
- 34 Cukrzyca, praktyczne wskazówki - dziecko idzie do szkoły
- 36 IV Ogólnopolski Kongres Położnych
- 37 Flora fizjologiczna pochwy u kobiety. Udział wybranych patogenów alarmowych w zakażeniach szpitalnych
- 40 Wyzwanie dla położnych w aspekcie epidemii otyłości kobiet ciężarnych
- 43 Podziękowania i ogłoszenia

### NASZ ADRES

#### Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, pok. 205-210  
tel./fax: 13 43 694 60, 13 43 249 44  
www.oipip.krosno.pl  
e-mail: oipip@interia.pl

#### Biuro Izby czynne

od poniedziałku do piątku w godzinach 7.00-15.00

#### Radca Prawny

mgr Piotr Świątek  
udziela porad prawnych w piątek od godz. 9.00-14.00  
Kontakt za pośrednictwem Biura OIPiP

#### Biuro Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

czynne codziennie w siedzibie Izby w godzinach 10.00-14.00

**Podania o zapomogi** prosimy składać  
do 10-go każdego miesiąca osobiście lub listownie.

### NIC DWA RAZY

*Nic dwa razy się nie zdarza  
i nie zdarzy. Z tej przyczyny  
zrodziłem się bez wprawy  
i pomrzemy bez rutyny.*

*Choćbyśmy uczniami byli  
najlepszymi w szkole świata,  
nie będziemy repetować  
żadnej zimy ani lata.*

*Żaden dzień się nie powtórzy,  
nie ma dwóch podobnych nocy,  
dwóch tych samych pocałunków,  
dwóch jednakich spojrzeń w oczy.*

*Wczoraj, kiedy twoje imię  
ktoś wymówił przy mnie głośno,  
tak mi było, jakby róża  
przez otwarte wpadła okno.*

*Dziś, kiedy jesteśmy razem,  
odwróciłam twarz ku ścianie.  
Róża? Jak wygląda róża?  
Czy to kwiat? A może kamień?*

*Czemu ty się, zła godzino,  
z niepotrzebnym mieszasz lękiem?  
Jesteś — a więc musisz minąć.  
Miniesz — a więc to jest piękne.*

*Uśmiechnięci, w półobjęci  
spróbujemy szukać zgody,  
choć różnimy się od siebie  
jak dwie krople czystej wody.*

Wisława Szymborska

# Bezpłatny dostęp do wirtualnej czytelnicy IBUK Libra

## Szanowni Państwo

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych informuję, że od października 2014 r. uzyskają 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 bez-

płatnie 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 zawarcia umowy z wydawnictwem o świadczenie usług i udzielenie licencji na dostęp do wirtualnej czytelnicy dla członków samorządu pielęgniarek i położnych, z powyższej oferty będą Państwo mogli skorzystać składając wniosek o nadanie

dostępu do Serwisu IBUK do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, której Państwo jesteście członkami.

## Procedura nadania kodu PIN:

1. członek samorządu składa wniosek do OIPiP,
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.libra.ibuk.pl](http://www.libra.ibuk.pl)

1

## Ibuk Libra – jak dodać kod PIN?

Istnieją 2 sposoby dopisania kodu PIN do osobistego konta myIBUK

### Pierwszy sposób

1. Wejdź na stronę <http://www.libra.ibuk.pl/>
2. W prawym górnym rogu strony znajduje się opcja logowania



3. Załóż osobiste konto myIBUK


### Załączniki:

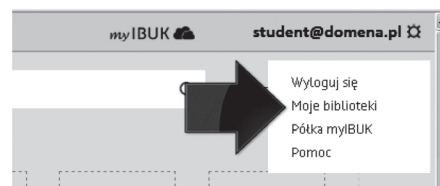
1. wniosek do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie o nadanie dostępu do serwisu [ibuk.pl](http://ibuk.pl) /dostępny na stronie [www.oipip.krosno.pl/](http://www.oipip.krosno.pl/)
2. instrukcja [Ibuk Libra – jak dodać kod PIN?](http://www.oipip.krosno.pl/) /dostępna na stronie [www.oipip.krosno.pl/](http://www.oipip.krosno.pl/)

2

## Ibuk Libra – jak dodać kod PIN?

4. Jeśli masz już konto myIBUK - zaloguj się

5. Z prawego górnego rogu strony wybierz "Ustawienia" , naciśnij "Moje biblioteki"



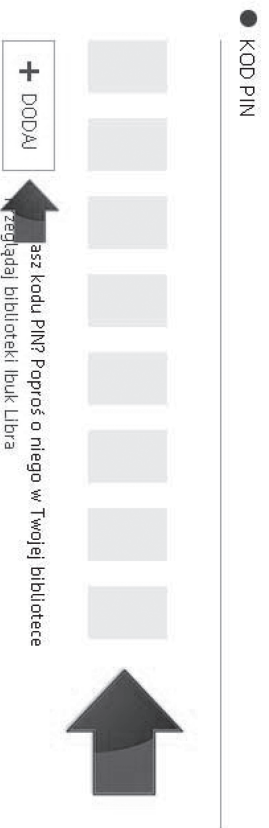
3

### Ibuk Libra – jak dodać kod PIN?

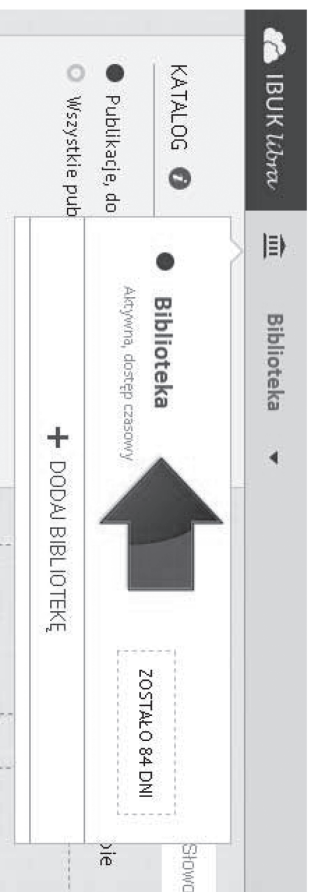
6. W oknie "Moje biblioteki" wybierz "+ DODAJ BIBLIOTEKĘ"



7. Wpisz otrzymany PIN, a następnie naciśnij "+ DODAJ"



8. Do okna "Moje biblioteki" zostanie dodana nazwa właściwej biblioteki



Kod PIN należy przywiązać do myIBUK tylko raz.

4

### Ibuk Libra – jak dodać kod PIN?

Drugi sposób

1. Wejdz na stronę <http://www.libra.ibuk.pl/>

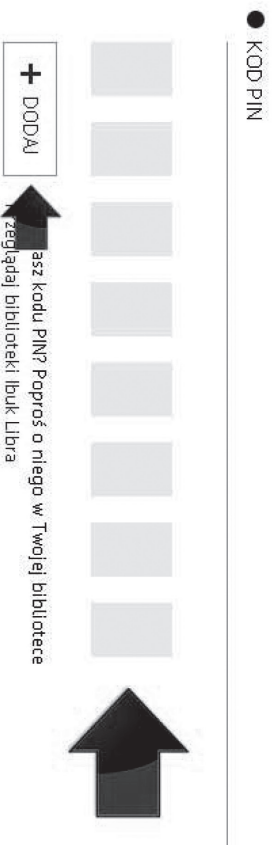
2. W lewym górnym rogu strony wybierz "BRAK BIBLIOTEK"



3. Następnie naciśnij "+ DODAJ BIBLIOTEKĘ"



4. Wpisz otrzymany PIN, a następnie naciśnij "+ DODAJ"



## Ibuk Libra – jak dodać kod PIN?

5. Na ekranie zobaczysz komunikat

**Dodanie kodu PIN wymaga zalogowania**

Kod PIN zostanie przypisany do Twojego konta myIBUK. Dzięki temu będziesz miał zdalny dostęp do zasobów Twojej biblioteki.

ZAREJESTRUJ SIĘ ZALOGUJ SIĘ

6. Załóż osobiste konto myIBUK

**IBUK Libra**

Wprowadź swój adres email oraz hasło

e-mail  
hasło  
hasło

Akceptuję i rozumiem Regulamin

ZAREJESTRUJ SIĘ

## Ibuk Libra – jak dodać kod PIN?

7. Jeśli masz już konto myIBUK - zaloguj się

**IBUK Libra**

Wybierz sposób logowania

f FACEBOOK  
g GOOGLE

e-mail  
hasło

Nie pamiętasz hasła? Odzyskaj dane

ZALOGUJ SIĘ

8. Do okna "Moje biblioteki" zostanie dodana nazwa właściwej biblioteki

**IBUK Libra** Biblioteka

KATALOG

Biblioteka  
Aktywna, dostęp czasowy

Publikacje, do  
Wszystkie pub

ZOSTAŁO 84 DNI

+ DODAJ BIBLIOTEKĘ

Kod PIN należy przywiązać do myIBUK tylko raz.  
Masz pytania? Napisz do nas: [pomoc@ibra.ibuk.pl](mailto:pomoc@ibra.ibuk.pl)

# Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych

## Co to jest CRPiP?

Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych (CRPiP) to zbiór informacji o osobach posiadających prawo do wykonywania zawodów pielęgniarki i położnej w Polsce. Został on powołany ustawą z dnia 20 kwietnia 2004 roku o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2004, Nr 92, poz. 885). I tak w zmienionej ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych dodano Rozdział 2a, Rejestry pielęgniarek i położnych. Obecnie przepisy te zostały przeniesione do Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039, ze zm.). CRPiP prowadzi Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) w formie elektronicznej z zachowaniem zasad bezpieczeństwa zgromadzonych informacji zgodnie z przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych. Rejestr zawiera 26 danych, począwszy od danych osobowych, danych o prawie wykonywania zawodu, wykształceniu i doskonaleniu zawodowym do informacji o zatrudnieniu itp. Dane do tego systemu wprowadzane są przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych, na podstawie arkuszy zgłoszeniowych wypełnianych przez pielęgniarki i położne.

## Rola pielęgniarek i położnych w funkcjonowaniu CRPiP

Podstawą prawidłowego funkcjonowania systemu CRPiP jest posiadanie aktualnych informacji dotyczących pielęgniarek i położnych. Art. 46. Ustawy o zawodach pielęgniarki położnej zobowiązuje pielęgniarki i położne do niezwłocznego zawiadomienia właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zawartych w rejestrze. Mając na uwadze, iż ten obowiązek jest czasem wykonywany z opóźnieniem, samorząd wnioskował o dodanie przepisów umożliwiających uzyskiwanie danych z innych źródeł. Dodano więc art. 50, który umożliwia aktualizację danych ze zbiorów meldunkowych, rejestru PESEL. Dzięki temu zaktualizowano dane o adresach osób zarejestrowanych oraz uzyskano listy osób zmarłych.

W najbliższym czasie okręgowe rejestry pielęgniarek i położnych będą mogły też automatycznie aktualizować dane o praktykach pielęgniarskich i położniczych zawartych w rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Mimo, działań zmierzających do uzyskiwania informacji z innych źródeł, ciągle podstawowym źródłem danych są i będą pielęgniarki i położne. Założenie takie pozwala na uniknięcie powielania błędów znajdujących się w innych systemach.

## Korzyści związane z prowadzeniem CRPiP

Wprowadzenie CRPiP umożliwiło zebranie danych wszystkich pielęgniarek i położnych w jednym miejscu. Ponadto na wykonanie wielu zestawień, analiz i raportów dotyczących liczby, struktury, np. wieku, zatrudnienia, wykształcenia oraz innych. Dane pochodzące z rzetelnego źródła mogą być podstawą w argumentowaniu tez, prognoz, postulatów czy propozycji rozwiązań kierowanych do decydentów w ochronie zdrowia.

Na stronie internetowej NRPiP (<http://www.mpip.pl/index.php/samorzad/stat>) publikowane są raporty i analizy statystyczne tworzone na podstawie danych zawartych w CRPiP. Przykładowe dane przedstawione na stronie:

- Analiza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych w roku 2011 oraz prognoza liczby zarejestrowanych i zatrudnionych pielęgniarek i położnych na lata 2015-2035.
- Wstępna ocena zasobów kadrowych pielęgniarek i położnych w Polsce, do roku 2020.
- Analizy dotyczące struktury wieku.
- Dane o liczbie wydanych zaświadczeń niezbędnych do pracy w UE.
- Dane statystyczne dotyczące wykształcenia pielęgniarek i położnych.

*Arkadiusz Szcześniak*

*Główny Informatyk  
Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych*

## Co roku coraz mniej chętnych do kształcenia się w zawodach pielęgniarki i położnej

Statystyki są nieubłagane: z roku na rok mimo, że rośnie liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych - chętnych do kształcenia się w tych zawodach

wciąż ubywa. Dowodem jest wzrost średniej wieku osób wykonujących te zawody.

W latach 2008-2013 liczba zarejestrowanych pielęgniarek i położnych wzrosła o ponad czternaście tysięcy. Niepokojącym jest jednak wzrost średniej



Stan na	Liczba pielęgniarek		Liczba położnych		SUMA		Średnia wieku	
	K	M	K	M		Wzrost	pielęgniarek	położnych
31-12-2008	263 259	4 756	32 429	45	300 489		44,19	43,23
31-12-2009	266 655	4 569	32 990	36	304 250	3 761	44,48	43,96
31-12-2010	269 503	4 678	33 477	50	307 708	3 458	45,28	44,66
31-12-2011	270 781	4 494	33 733	57	309 065	1 357	46,05	45,32
31-12-2012	273 666	4 830	34 327	60	312 883	3 818	46,94	46,09
31-12-2013	275 075	4 964	34 750	64	314 853	1 970	48,69	47,69

wieku pielęgniarek i położnych, biorąc pod uwagę, iż w liczbie osób zarejestrowanych, oprócz osób wykonujących zawód są osoby:

- bezrobotne,
- przebywające na urloпах macierzyńskich i wychowawczych,
- pracujące w innym zawodzie,
- przebywające na emeryturze lub rencie.

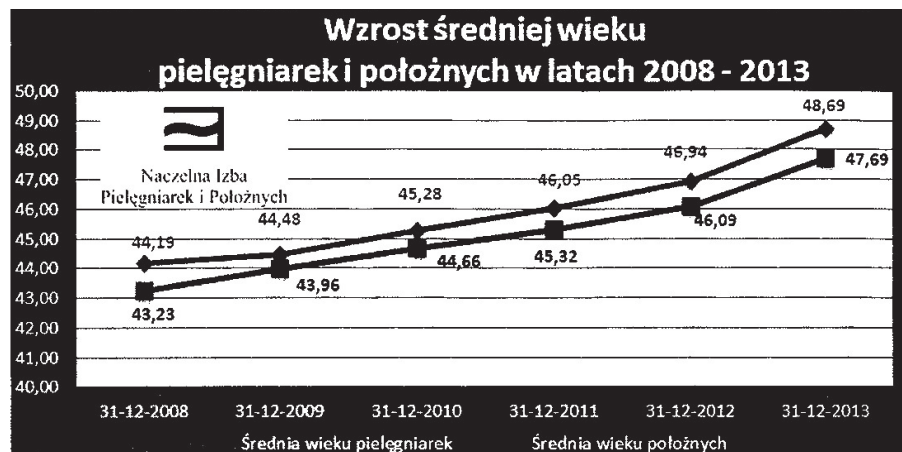
W roku 2008 średnia wieku dla pielęgniarek wynosiła 44,19 zaś dla położnych 43,23 zaś na koniec 2013 roku wynosiła odpowiednio 48,69 i 47,69.

Tak znaczny wzrost średniej wieku świadczy o zbyt małej liczbie osób młodych zarejestrowanych.

Arkadiusz Szcześniak

Paweł Jędrzyiak

- Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych



## Na krawędzi bezpieczeństwa

Mimo wysokiego prestiżu społecznego nie ma chętnych do zawodu pielęgniarki i położnej. Niskie wynagrodzenie z pewnością nie zachęca, ale czy to jedyny powód, odpowiada Grażyna Rogala-Pawelczyk

**IWONA SCHYMALLA:** Jaki jest dziś społeczny wizerunek pielęgniarki?

**GRAŻYNA ROGALA-PAWELCZYK:** Słyszę, że pielęgniarka to prawa ręka lekarza. Brzmi dumnie, ale w rzeczywistości to ona musi posprzątać i wykonać inne czynności, głównie dlatego, że w szpitalach nie ma już salowych. Tym-

czasem powinna skupiać się na kontakcie z pacjentem, realizacji przyjętego procesu leczenia i pielęgnowania. Nie bez znaczenia jest konieczność poświęcenia odpowiedniej ilości czasu na wymianę informacji w zespole terapeutycznym. Pielęgniarka, położna, będąc z pacjentem najdłużej, ma wiele istot-

nych dla diagnozowania, leczenia i pielęgnowania informacji. Przekazanie ich lekarzowi, innej pielęgniarce czy innemu członkowi zespołu jest niezwykle ważne. Mówi się, że pielęgniarki pracują na dwóch etatach. Bywa tak, ponieważ zarobki pielęgniarek i położnych są tak niskie, że aby utrzymać siebie, rodzinę,

najbliższych, podnosić kwalifikacje, muszą podejmować dodatkowe zatrudnienie. Pielęgniarki są zmęczone, a przecież oprócz „zastrzyków” mają do wykonania wiele ważnych, nierzadko skomplikowanych zabiegów lub uczestniczą podczas takich zabiegów wykonywanych przez lekarza. Poza działaniami zabiegowymi, instrumentalnymi nierzadko muszą pełnić rolę opiekunek, matek, zastępować specjalistów, duchownych i psychologów. Najbardziej irytujący stereotyp wprowadzają telewizyjne seriale. Pokazują pielęgniarkę jako młodą, zgrabną plotkare, która czyha na męża lekarza lub starą, samotną niemającą rodziny ani nawet zwierzątko i tylko dlatego poświęcającą się. Media budują wizerunek pielęgniarki działającej niezgodnie z przepisami. Sama wielokrotnie podejmowałam próby interwencji, ale... Nie uraża nas za to wizerunek pielęgniarki-siostry i kiedy mówi tak do niej pacjent, osoba starsza, chora. W tym określeniu brzmi szacunek, prośba o pomoc, często potrzeba uzyskania wsparcia. Ale jesteśmy wykształconą grupą zawodową, pełniemy funkcje kierowników, dyrektorów, prezesów i proszę się nie dziwić, że „siostry” w ustach polityka czy decydenta nie ma uzasadnienia i budzi nasz sprzeciw. A określenie „średni personel medyczny” w naszych oczach dyskwalifikuje mówiącego, jako osobę, która nie wie, z kim i o kim mówi.

**I.S:** Jak wyglądają relacje lekarz - pielęgniarka? Czy lekarze traktują pielęgniarki z wyższością?

**G.R-P.:** W zespole terapeutycznym z punktu jego funkcjonowania najważniejszą osobą jest ta, która ma pełną informację o pacjencie. Jest nią lekarz i pielęgniarka, która łączy elementy informacji z przekazem. Jest kompleksowym źródłem wiedzy o pacjencie. Jej rolą jest integrowanie działań, bycie centrum w procesie dowodzenia. Relacje między pielęgniarką a lekarzem zależą też od istniejących w danym podmiocie wzorców. Jeśli ordynator podkreśla, że bez swojej pielęgniarki oddziałowej nic nie zrobi, że pielęgniarki, położne są pełnoprawnymi członkami zespołu terapeutycznego, to pozostali lekarze będą to powielać. Druga rzecz to kwestia wychowania w rodzinie i szkole. Do studenta drugiego roku wydziału lekarskiego mówi się dokto-

rze - to taka nobilitacja, ale nie informuje się go, że powinien działać wspólnie z pielęgniarką. W procesie edukacji musi być przekazywana wiedza nie tylko medyczna, ale także określenie miejsca i roli każdego pracownika medycznego w opiece nad człowiekiem zdrowym i chorym.

**I.S:** Co nie gra w tych relacjach?

**G.R-R:** Niepotrzebnie traktujemy siebie wzajem jak konkurencję. Rywalizujemy o środki i pozycję. W moim odczuciu lekarz boi się utraty splendoru i władzy, jeśli pielęgniarka okaże się zbyt samodzielna. A przecież wielcy stratedzy wygrywali walki dzięki swoim dowodzącym. Mądry lekarz wie, że na oddziale takim dowódcą jest oddziałowa i pielęgniarka na dyżurze. Mam wrażenie, że celowa jest też polityka płacowa, lekarz za dyżur potrafi wziąć ok. 2 tysiące, a pielęgniarka przez miesiąc zarobi 2 tysiące. Nie będą się więc obie strony lubiły. Dysproporcja jest zbyt duża. W podmiotach leczniczych, również prywatnych, mądrzy decydenci starają się już docenić finansowo obie strony, mimo że różnice zarobkowe między lekarzem a pielęgniarką pozostaną. Ostatni chyba powód złych relacji wiąże się z przekonaniem, że gdy pielęgniarek będzie więcej, to nie będzie potrzebnych aż tylu lekarzy. Relacje poprawiły się, od kiedy na tych samych uczelniach rozpoczęli kształcenie lekarze wraz z pielęgniarkami, położnymi.

Uczyli się razem z tych samych książek, pożyczali sobie kości przed egzaminami z anatomii, zdawali te same egzaminy u bardzo „groźnych” wykładowców. Czasem żartuję, że wspólna „niedola” studentka buduje pozytywne relacje.

**I.S:** Czy wśród pielęgniarek widzi Pani pokoleniową przepaść między młodymi, dobrze wykształconymi a pielęgniarkami tzw. starej daty?

**G.R-P.:** Przepaść jest, ale demograficzna, a nie merytoryczna. Takie różnice pokoleniowe występują we wszystkich grupach społecznych i zawodowych. Młodzież jest ambitna, niecierpliwa, porywczka, chce rewolucji, często nie patrząc na skutki. Nie jest to nic nowego ani złego. Jednocześnie należy pamiętać, że zawody pielęgniarki i położnej to

zawody bardzo specyficzne i bardzo odpowiedzialne. Tu w pracy z człowiekiem pomyłki niosą za sobą tragiczne efekty, a słowo przepraszam nie zmienia zaistniałej sytuacji. Życie i zdrowie to najcenniejsze wartości i o tym doskonale wiedzą starsze pielęgniarki i położne. Znają ich cenę i wagę, i może dlatego z latami pracy nabywają dystansu do nowości, stają się bardziej zachowawcze, ostrożne. To nic złego, o ile nie zapomną, że w każdej sytuacji jest potrzebna rozsądna, rozważna zmiana. Istnieje również różnica w przygotowaniu młodych i starszych pokoleń pielęgniarek i położnych, inne modele kształcenia, podejścia do pielęgnowania i zarządzania pielęgniarstwem. Pokutuje też powiedzenie jednego z decydentów, który przy otwarciu pierwszego wydziału pielęgniarskiego na Akademii Medycznej w Lublinie powiedział, że w tej uczelni wykształcimy generałów. Reszta będzie do pracy. A jest przecież powiedzenie, że każdy szeregowy nosi w plecaku buławę hetmańską. Tak jest też z pielęgniarstwem. Na wielu polach dowodzimy opieką, mając wykształcenie średnie, specjalizacje i doświadczenie zawodowe lub studia wyższe i doświadczenie. Efekt jest i powinien być jednakowy: zadowolony, zdrowszy pacjent. Pozostaje jeszcze kwestia tradycji i mentalności. Mnie uczono, że zawsze w pierwszej kolejności jest zlecenie lekarskie, pacjent, a potem reszta. Uczono mnie pokory i posłuszeństwa. W tej chwili uczy się studentów, że najważniejszy jest pacjent, a potem cała reszta.

**I.S:** Czy czasami pojawia się zarzut o brak praktycznej nauki zawodu pielęgniarki?

**G.R-P:** Liczba 2300 godzin praktyki nie jest mała. Problem jest inny. Podczas zajęć w oddziale szpitalnym student nie zawsze ma możliwość zapoznania się z pracą. Zbyt liczne grupy, brak nauczycieli w podmiotach leczniczych, niejasne przepisy, oszczędności, oszczędności... - to bolączka wszystkich uczelni, nie tylko medycznych. Jednocześnie należy wskazać na fakt, iż niedobory kadrowe pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych są utrudnieniem w praktycznej nauce zawodu. Gdy na dyżurze były 3-4

pielęgniarki, mogły prowadzić inne młode adeptki. Obecnie, jeśli jest tylko jedna, to powie młodej osobie, aby usiadła i nic nie ruszała, bo może zdarzyć się coś złego. To nie jest przykład złej woli czy niechęci do studentów, ale raczej rozważli i obawy o bezpieczeństwo pacjenta i studenta. Kształcenie praktyczne może być przez to oceniane jako mniej efektywne. W szpitalach powinna być zatrudniana dodatkowa osoba wprowadzająca młodych do zawodu. Inna kwestia, to coraz młodsza kadra dydaktyczna. Ścieżka rozwoju zawodowego nauczyciela jest obecnie inna. Kiedyś obowiązywała kolejność: nauka, praktyka, staż, kształcenie innych. Brakuje nam praktyków zawodu, bo brakuje nam pielęgniarek i położnych.

**I.S:** Jak w tej chwili wygląda zaopatrzenie w opiekę pielęgniarską i położnych w Polsce. Czy my pacjenci możemy czuć się bezpiecznie?

**G.R-P:** W tej chwili liczba pielęgniarek, a także położnych realizujących zadania opieki nad pacjentem w różnych podmiotach leczniczych oraz w domach jest na krawędzi bezpieczeństwa. Mamy znakomite standardy nauki zawodu oraz wysokie poczucie odpowiedzialności. Polskie pielęgniarki są przyzwyczajone do trudnej i dokładnej pracy. Są bardzo dobrze przygotowane. Te kompetencje na razie gwarantują bezpieczeństwo pacjentom, mimo coraz częstszych niepożądanych zdarzeń medycznych wynikających z niedoborów kadrowych. Jednak należy pamiętać, że w ostatnich latach zmniejszyła się liczba pielęgniarek i położnych. Powody są po pierwsze fizjologiczne: wiek, obciążenie i wypalenie zawodowe. Po drugie malejąca liczba podejmujących pracę w zawodzie. Gdybyśmy porównali nasz poziom zatrudnienia pielęgniarek z poziomem w innych krajach, to zobaczymy tę niebezpieczną granicę. W Polsce przypada 5,4 pielęgniarki na 1 tys. mieszkańców, w sąsiednich Czechach - 8,1, w Szwecji - 11, a w Szwajcarii - 16. Ta dysproporcja wzrośnie, bo kolejne lata przyniosą przejście pielęgniarek i położnych z rynku pracy na emeryturę. Co przy braku młodych kadr spowoduje, że bezpieczeństwo skończy się.

**I.S:** Ilu pacjentów przypada obecnie na jedną pielęgniarkę na oddziale np. onkologii?

**G.R-P:** Standardem jest kilkunastu do kilkudziesięciu pacjentów. Rozpiętość jest znaczna, bo bywa, że od 20 do 40, a nawet 50 pacjentów. Na dyżurach nocnych liczba jest jeszcze wyższa. Mamy zgłoszenia, że pielęgniarka obejmuje opieką po kilkudziesięciu pacjentów na dwóch poziomach szpitala.

**I.S:** Jak Pani ocenia organizację pracy w szpitalach? Mam wrażenie, że pielęgniarki są obciążone niepotrzebnymi obowiązkami, które nie wykorzystują ich wysokich kompetencji.

**G.R-P:** Na określenie organizacji pracy w szpitalach użyję słowa „antyorganizacja”. Działania bowiem odbywają się na zasadzie: „Ratuj, kogo się da i ratuj się, kto może”. Każdy niech robi to, co umie, a najlepiej niech wszystko zrobi pielęgniarka. Gdzie się podziała wiedza decydentów: dyrektorów i menedżerów HR? Uważam, że w uboższych instytucjach publicznych, którymi są szpitale, powinno się szczególnie uważać na koszty i wydatkowanie zasobów. Od lat my, pielęgniarki, położne mówimy, że absurdem ekonomicznym jest wykorzystywanie wysoko wykwalifikowanego pracownika, do czynności, które mógłby wykonać ktoś inny, bez kwalifikacji. Pozycja pielęgniarki i położnej ze względu na przygotowanie merytoryczne jest bardzo wysoka, ale ze względów ekonomicznych i stereotypów jest jak sprzed 100 lat. Uważa się bowiem, że pielęgniarka powinna zrobić wszystko, począwszy od zadań sallowej i sanitariuszki. To niewłaściwe wykorzystywanie kompetencji pielęgniarek i położnych.

**I.S:** Jakie kompetencje mają w tej chwili pielęgniarki, co potrafią? Gdzie ich potencjał może być zagospodarowany?

**G.R-P:** Kompetencje pielęgniarek i położnych wynikają z ich wykształcenia (Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej). W czasie przygotowania zawodowego poznają szeroko pojęty proces pielęgnowania człowieka obejmujący: diagnostykę, pielęgnację i rehabilitację. Pielęgniarka jest przygotowana do edukowania, informowania, pielęgnowania, leczenia. Wiele pielęgniarek

w ramach kształcenia podyplomowego nabyły uprawnienia do badania fizykalnego. Pielęgniarka powinna mieć prawo do przeprowadzenia badania fizykalnego i wskazania pożądanego działania wobec pacjenta. W naszych realiach jest to trudne do zrealizowania. Są kraje, w których na izbie przyjęć (poza SOR-em) przyjmuje pielęgniarka. Wskazuje ona podstawowe badania do wykonania, mające pomóc w kolejnych działaniach. Pielęgniarki są przygotowane do samodzielnej realizacji wielu działań. Przykładem jest przetaczanie krwi. Co cztery lata pielęgniarki przechodzą związane z tym szkolenia. One zajmują się pacjentem od początku do końca, wkuwają się, podłączają go do aparatury. Czy potrzebna jest przy tym procesie obecność lekarza? Uważam, że nie. Bulwersująca jest też kwestia recept. Pielęgniarki od dawna wskazywały na czynności, które same mogą wykonywać: wypisywanie skierowań, zleceń na środki pielęgnacyjne czy podawanie niektórych leków bez zlecenia lekarza. Takie rozporządzenie jest. Miało być nowelizowane, ale nie uczyniono tego. Pielęgniarki, położne mają poczucie odpowiedzialności i wiedzę, która pozwala na wypisywanie recept. Akceptujemy receptę jako czynnik w procesie leczenia, możemy je wypisywać, ale nie chcemy być stawiane w sytuacji, że nakłada się na nas ten obo-

**LICZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W POLSCE JEST OBECNIE NA KRAWĘDZI BEZPIECZEŃSTWA. BRAK NOWYCH KADR SPODOWUJE, ŻE SZYBKO SIĘ ONO SKOŃCZY**

wiązek tylko po to, aby odciążać innego pracownika. To musi być logiczne i przeanalizowane: jak

preparaty, w jakich sytuacjach i które podmioty będą to realizować. Nie ma standardowego leczenia choroby przewlekłej, bo każdy człowiek jest inny. Trzeba więc zrobić wykaz leków, wskazać sytuacje, w których pielęgniarka, położna mogłaby leki ponowić, określić punkt krytyczny, w którym należałoby zlecić powtórne badanie. To może pomóc pielęgniarkom, które zajmują się opieką domową, długoterminową.

**I.S:** Jaką rolę może odgrywać pielęgniarka w systemie profilaktyki zdrowotnej?

**G.R-P:** Pielęgniarki i położne to grupy zawodowe przygotowane do realizacji zadań profilaktyki i jej promocji. Promocja zaczyna się od rozmowy położnej

z kobietą planującą ciążę, będącą w ciąży, przygotowującą się do porodu. Pielęgniarki są doskonale przygotowane pod względem realizacji promocji zdrowia rozumianej jako edukacja i komunikacja. W trakcie nauki poznają edukację zdrowotną i pedagogikę. Doskonale znają specyfikę schorzeń i zagrożeń środowiska. Pielęgniarka w przedszkolu, szkole, zakładzie pracy ma możliwość zwrócenia uwagi na to, gdzie np. nie wolno spożywać posiłków. W POZ-cie nie ma być tylko od strzykawki i karty pacjenta, bo to ona zna jego środowisko. W opiece domowej pielęgniarka świadczy usługi specjalistyczne, ona też informuje pozostałych domowników, jak prawidłowo zaopiekować się chorym. Pielęgniarki powinny mieć prawną moż-

liwość kierowania innymi pracownikami medycznymi (opiekunowie i ratownicy).

**I.S:** Gdyby tak wybiec w przyszłość, to Pani zdaniem, jak będzie wyglądała rola pielęgniarki za 10-15 lat?

**G.R-P:** Mówiąc za pewnym profesorem: „Jeszcze nie sięgnęliśmy dna, bo być może je ukradli, więc jeszcze się od niego nie odbijemy”. Ekonomia wymusi pewne rozwiązania. Wyobrażam sobie to tak: wchodzę do szpitala jako starszka z laską i mówię, że boli mnie głowa albo noga. Pielęgniarka specjalistka zrobi ze mną wywiad i zdecyduje, gdzie mnie zawiozą dalej. Będzie takim dyspozytorem świadczeń. Gdy pielęgniarka wejdzie do czyjegoś domu, to będzie wiedziała, na co choruje dany domownik.

**I.S:** Czy decydenci w Polsce widzą też taki kierunek?

**G.R-P:** Jak się sparzą na paru własnych, niepożądanych zdarzeniach. Myślę, że widzą. Decydenci mają świadomość, z działaniem jest gorzej. Potrzebujemy korelacji pomocy społecznej ze służbą zdrowia oraz dodatkowych ubezpieczeń. Musimy też rozliczać decydentów za jakość zarządzania, wielkość i sposób wydanych środków.

IWONA SCHYMALLA

Dziennikarka i komentatorka telewizyjna, radiowa i prasowa.

Dwukrotnie dyrektor

redaktor naczelny TVP1

Przedruk z „Służba Zdrowia” Nr 34-42,

15.05.2014 r.

## Odpowiedź sekretarza stanu w ministerstwie zdrowia - z upoważnienia ministra - na interpelację Posła Marka Łatasę w sprawie konsekwencji wynikających ze zmniejszającej się liczby pielęgniarek w polskiej służbie zdrowia

**Szanowny Panie Ministrze!**

**Zwracam się do Pana Ministra z interpelacją w sprawie konsekwencji wynikających ze zmniejszającej się liczby pielęgniarek w polskiej służbie zdrowia.**

Średnia wieku pielęgniarek i położnych w Polsce jest jedną z najwyższych w Europie i wynosi obecnie 47,1 lat. Mamy też najmniej pielęgniarek na 1000 mieszkańców spośród wszystkich krajów Unii Europejskiej. Co więcej, w ostatnim czasie pojawiły się informacje mówiące o tym, że problem będzie pogłębiał się z roku na rok, bowiem liczba przedstawicielek tego zawodu, które weszły do naszego systemu opieki medycznej w ostatnich 12 latach, nie zapewni wymiany pokoleniowej, ponieważ jest mniejsza od liczby osób przechodzących na emeryturę. Według prognoz w 2035 r. na tysiąc mieszkańców będzie przypadało zaledwie 3,6 pielęgniarki.

Główną przyczyną takiego stanu rzeczy są niskie zarobki tej grupy zawodowej, w związku z czym coraz więcej absolwentów pielęgniarstwa po prostu wyjeżdża za granicę. Prasa donosi, że przez ostatnie dziesięć lat samorząd pielęgniarski wydał 2352 zaświadczenia potwierdzające kwalifikacje zawodowe niezbędne do podjęcia pracy w Unii Eu-

ropejskiej. Ponadto z roku na rok maleje liczba osób zainteresowanych podjęciem studiów pielęgniarstkich. Wynika to oczywiście przede wszystkim z niskich wynagrodzeń tej grupy społecznej; często też chodzi o nieodpowiednie traktowanie w stosunku do ilości wykonywanej pracy.

Według ostatnich danych Głównego Urzędu Statystycznego ponad 80% pielęgniarek i położnych zarabia poniżej 3900 zł brutto. Lepiej od pielęgniarek są wynagradzani chociażby diagnosty laboratoryjni.

Naukowcy z University of Pennsylvania przeanalizowali 422 tys. przypadków chorych hospitalizowanych w 300 szpitalach na terenie Belgii, Finlandii, Hiszpanii, Holandii, Irlandii, Norwegii, Szwajcarii, Szwecji i Wielkiej Brytanii. Okazało się, że im bardziej pielęgniarki są obłożone obowiązkami z powodu niedostatecznej ich liczby w danym szpitalu, tym więcej jest zgonów w lecznicy. Ta zależność jest przerażająca. Nietrudno bowiem sobie wyobrazić, jakie wyniki przyniosłyby badania przeprowadzone w naszych szpitalach, w których pielęgniarek jest 2-, 3-krotnie mniej. Szpitalom w całej Polsce drastycznie brakuje pielęgniarek, co w niedalekiej przyszłości z pewnością doprowadzi do pogor-

szenia sytuacji w służbie zdrowia. W niektórych szpitalach już dzisiaj brakuje nawet połowy pielęgniarek, co bez wątpienia ma znaczny wpływ na jakość leczenia pacjentów, a nawet może zagrażać ich życiu lub zdrowiu, dlatego trzeba niezwłocznie podjąć działania, które, z jednej strony, poprawią sytuację obecnie pracujących pielęgniarek, a z drugiej strony, zachęcą młode osoby do podejmowania nauki w szkołach pielęgniarstkich.

Mając na uwadze powyższe, proszę Pana Ministra o odpowiedź na następujące pytania:

1. Jakie nowe kroki zamierza podjąć Pan Minister, aby zapewnić pacjentom odpowiednią opiekę pielęgniarstwą w placówkach służby zdrowia? Jakie działania zabezpieczające, mające na celu zwiększenie zatrudnienia pielęgniarek w szpitalach, zostaną podjęte?

2. Kiedy Ministerstwo Zdrowia planuje przeznaczyć dodatkowe środki na wynagrodzenia dla pracujących w szpitalach pielęgniarek?

3. W jaki sposób zostanie uregulowany problem braku chętnych do pracy w charakterze pielęgniarki w polskiej służbie zdrowia?

Z wyrazami szacunku  
Poseł Marek Łataś

## Informacja nt uznawania okresów zatrudnienia w pracy w zawodzie położnej w kontekście długości okresu przeszkolenia w razie zamiaru powrotu do wykonywania pracy w charakterze położnej po przerwie trwającej więcej niż 5 lat

Stosownie do brzmienia art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1435 zwanej dalej: „ustawą”) położne, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, a zamierzają podjąć jego wykonywanie, mają obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych i odbyć trwające nie dłużej niż 6 miesięcy przeszkolenie pod nadzorem innej osoby uprawnionej do wykonywania zawodu położnej. W myśl natomiast art. 26 ust. 4 przywołanego aktu prawnego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych określi, w drodze uchwały, ramowy program przeszkolenia, sposób i tryb odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia, mając na uwadze konieczność odnowienia wiedzy i umiejętności praktycznych przez pielęgniarki i położne powracające do wykonywania zawodu oraz czas, w którym pielęgniarka i położna nie wykonywały zawodu.

W oparciu o przedmiotową delegację została podjęta Uchwała Nr 49/VI/2012 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 28 marca 2012 r. w sprawie przyjęcia Ramowego programu przeszkolenia,

sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat. Zgodnie z pkt II ust. 5 pkt 2 lit. c) Ramowego programu przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, stanowiącego załącznik nr 1 do powyższej uchwały, czas trwania przeszkolenia ustala okręgowa rada pielęgniarek i położnych lub jej prezydium, indywidualnie dla każdego wnioskodawcy, po ocenie złożonych dokumentów pod względem formalnoprawnym. Ten sam przepis wskazuje ponadto jedynie zalecaną długość trwania szkolenia w zależności od czasokresu w jakim zawód położnej nie był wykonywany. Pragnę przy tym zaznaczyć zatem, że czas odbywania szkolenia jest ustalany indywidualnie i każdorazowo w poszczególnych przypadkach.

Ponadto, zgodnie z brzmieniem art. 5 ust. 2 pkt 4 i 5 cytowanej ustawy stanowi, że za wykonywanie zawodu położnej uważa się również zatrudnienie w pod-

miocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej a także zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec powyższego, świadczenie pracy na wymienionych stanowiskach nie będzie uważane za przerwę w wykonywaniu zawodu położnej. Jednakże, jak to zostało już wskazane, czas konieczny do odbycia przeszkolenia, w razie chęci powrotu do wykonywania zawodu położnej, określony zostanie przez właściwą okręgową radę przy uwzględnieniu wszystkich okoliczności.

Newsletter 12/3/2014 NIPiP  
<http://www.nipip.pl>

## Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego

Opinia w sprawie delegowania pielęgniarek operacyjnych w trakcie dyżuru, podczas gdy nie odbywają się zabiegi, do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjentami na inne oddziały np. zachowawcze, zabiegowe, intensywnej opieki medycznej, izbę przyjęć, szpitalny oddział ratunkowy.

Jednym z najważniejszych zadań stawianych pielęgniarkom operacyjnym jest zapewnienie pacjentowi, u którego przeprowadzany jest zabieg operacyjny bezpieczeństwa, także takie postępowanie, które nie prowadzi do powstania u pacjenta zakażenia szpitalnego, za które byłaby odpowiedzialna pielęgniarka,

a któremu można było zapobiec stosując wszystkie niezbędne elementy wiedzy, praktyki, środków, wyposażenia i organizacji pracy. W zakresie prewencji zakażeń szpitalnych pielęgniarki operacyjne są zobowiązane do przestrzegania wielu procedur tych o charakterze ogólnoszpitalnym oraz specjalistycznych wynikających ze specyfiki bloku operacyjnego. W myśl zapisów ustawy z 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi za wdrowienie i przestrzeganie procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami szpitalnymi odpowiedzialny jest kierownik podmiotu.

Prawidłowo funkcjonujący system kontroli zakażeń uwzględnia także aspekt prawidłowej organizacji pracy. Decyzje administracyjne, które zezwalają lub wręcz nakazują pielęgniarkom operacyjnym w trakcie dyżuru opuszczać blok operacyjny, aby wykonywać pracę w innych oddziałach w mojej opinii są niewłaściwe, bowiem naruszają zasadę tzw. hermetyzacji bloku. Po wejściu w obręb bloku, ubraniu czystych ubrań operacyjnych, czapki, maski i zdezyfekowanego obuwia, personel nie może opuszczać bloku. Jest to jedna z zasadniczych zasad ograniczających i umożliwiających eliminację ryzyka powstawa-

nia zakażeń szpitalnych. W przypadku przemieszczania się personelu szpitala pomiędzy obszarami o różnym ryzyku rozprzestrzeniania się zakażeń jakimi są blok operacyjny i inne oddziały szpitalne, pomimo stosowania środków prewencyjnych takich jak mycie rąk, może dojść do wzrostu ryzyka transmisji zakażeń i translokacji endogennej flory oddziałów i zatrudnionego personelu. Taki ruch personelu ma charakter krzyżowy i w mojej opinii rodzi niebezpieczny wzrost ryzyka transmisji zakażeń szpitalnych, nie sprzyja zachowaniu reguł higieny. Od pielęgniarek operacyjnych wymaga się rzetelnego przestrzegania ogromnej odpowiedzialności zawodowej, umiejętności znakomitej organizacji stanowiska pracy, wysokiego reżimu sanitarnohigienicznego, ładu i porządku. Jednak, aby wymagać od wysoko wykwalifikowanej kadry personelu pielęgniarstwa w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego takich efektów, w pierwszej kolejności muszą być stworzone odpowiednie warunki pracy.

Pragnę zauważyć, iż wyżej opiniowany problem został przeze mnie podjęty już w roku 2008 r. i upubliczniony w dokumencie pod nazwą „Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie nakazywania pielęgniarcom dyżurującym na bloku operacyjnym w godzinach od 19.00 do 7.00 pomocy w sprawowaniu opieki pielęgniarstwa w oddziale dziecięcym w czasie, gdy nie są wykonywane zabiegi operacyjne”. Od tego czasu moja opinia w tej sprawie nie uległa zmianie, stała się bardziej aktualna, biorąc pod uwagę aktualne zagrożenia i sytuację w zakresie zakażeń, ich aspekty prawne, prawa pacjentów, aspekt roszczeń w kontekście zdarzeń medycznych oraz odpowiedzialność i etykę zawodu pielęgniarstwa.

#### **WNIOSEK:**

Pielęgniarki operacyjne w czasie pełnienia dyżuru na bloku operacyjnym nie powinny być kierowane do pomocy w sprawowaniu opieki nad pacjenta-

mi w innych oddziałach szpitala w czasie kiedy nie odbywają się zabiegi operacyjne.

#### **Reasumując:**

Prawidłowo podejmowane decyzje w zakresie prewencji zakażeń przez kadrę kierowniczą szpitali, w tym bloków operacyjnych, w porozumieniu z personelem, stanowią najlepszą gwarancję wysokiej jakości świadczeń oraz bezpieczeństwa chorych i personelu.

*dr n. med. Beata Ochocka  
Konsultant Krajowy w dziedzinie  
Pielęgniarstwa Epidemiologicznego  
Samodzielny Publiczny Szpital  
Kliniczny im. A. Mielęckiego  
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego  
40-027 Katowice, ul. Francuska 20-24,  
tel. (32) 259 15 86, fax (32) 255 40 52  
e-mail: beata.ochocka@spskm.katowice.pl,  
www.pspe.pl*

*Katowice, 19.06.2013 r.*

*Przedruk z Biuletynu Informacyjnego*

*OIPiP w Rzeszowie*

*(wrzesień-październik 2013)*

## Opinia w sprawie możliwości pisemnego upoważnienia pielęgniarki do wykonywania czynności zabiegowych w oddziale chirurgii przez ordynatora oddziału

W nawiązaniu do zapytania o możliwość pisemnego upoważnienia pielęgniarki do wykonywania czynności zabiegowych (np. usuwania drenów) w oddziale chirurgii przez ordynatora oddziału uprzejmie informuję, że w świetle obowiązujących przepisów prawnych dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej (Ustawa o Zawodach Pielęgniarki i Położnej z dn. 15 lipca 2011 r. Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) ordynator nie może udzielić pielęgniarcie pisemnego upoważnienia do wykonywania takich czynności. Kwalifikacje do wykonywania określonych czynności zawodowych

(specjalistycznych) pielęgniarka uzyskuje po ukończeniu odpowiedniego szkolenia (w formie specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego lub kursu specjalistycznego). Ponadto zakres samodzielnych czynności wykonywanych przez pielęgniarkę reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie zakresu i rodzaju świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę lub położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540). Pielęgniarka pracująca w oddziale chirurgii (również onkologicznej) może na zlecenie lekarza usuwać dren

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

*23.05.2013 r.*

*Dr hab. med. Maria T. Szewczyk  
prof. UMK,*

*Konsultant Krajowy w dz. pielęgniarstwa  
chirurgicznego i operacyjnego*

## Opinia w sprawie postępowania ze środkami odurzającymi i substancjami psychotropowymi w oddziale szpitalnym

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Nauki Zawodu, ul. K Bartla 5, 50-367 Wrocław, tel. (071) 7841822, fax. (071) 3459324.

Na podstawie Ustawy z dnia 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179 poz. 1486 oraz z 2006 r. Nr 55, poz. 469 i Nr 120, poz. 862) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia

11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje, placówki ochrony zdrowia zostały

zobowiązane do ewidencjonowania przychodu i rozchodu środków odurzających grupy I-N i substancji psychotropowych grupy I-P oraz preparatów zawierających te środki i substancje.

Ewidencja, przychód i rozchód powinna być prowadzona w formie Książki Kontroli w Aptece. Rozporządzenie szczegółowo określa zasady zamawiania, ewidencji oraz prowadzenia kontroli wyżej wymienionych środków i substancji. Prowadzenie dokumentacji i ewidencja środków należy do obowiązków kierownika apteki. Środki z apteki są wydawane na podstawie specjalnie oznaczonych recept, zapotrzebowania zgodnego z załącznikiem do wyżej wymienionego Rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Wydanie środków z apteki wiąże się z koniecznością prowadzenia Książ-

ki Kontroli na Oddziale Szpitalnym. Jedynym upoważnionym do ordynowania środków odurzających i substancji psychotropowych oraz preparatów zawierających te substancje jest zgodnie z obowiązującym prawem lekarz. On również odpowiada za ich rozchód. Lekarz prowadzi Książkę, składa zamówienia, odbiera środki z apteki, prowadzi nadzór nad niezużytymi ampułkami itp.

Wydawanie środków dla pacjenta wiąże się z koniecznością dokonania zapisów w Książce Kontroli. Rozchód w Książce wypełnia lekarz wydając ewidencjonowany lek.

W placówkach ochrony zdrowia powinny funkcjonować procedury postępowania ze środkami odurzającymi i substancjami psychoruchowymi. Procedury powinny być zgodne z prawem. Pracow-

nicy powinni być z nimi zapoznani. Za przestrzeganie procedury odpowiedzialny jest każdy pracownik a przełożeni odpowiadają za nadzór nad stosowaniem procedur.

Reasumując pielęgniarka nie ponosi odpowiedzialności za kontrolę obrotu środkami odurzającymi grupy I-N (narkotyki) i środkami psychotropowymi I-P (Midazolam). Nie jest zatem odpowiedzialna za ewidencjonowanie przychodu i rozchodu środków odurzających, prowadzenie Książki Kontroli w Oddziale Szpitalnym.

*mgr Jolanta Kolasińska*

*KONSULTANT WOJEWÓDZKI  
w dziedzinie pielęgniarstwa dla województwa dolnośląskiego  
Wrocław 30.10.2014 r.*

## Opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie używania wody sterylnej do zabiegu tlenoterapii

Nawilżacze to wyroby medyczne szeroko stosowane w medycynie, między innymi w karetkach pogotowia, na oddziałach intensywnej terapii, oddziałach pooperacyjnych, do długotrwałej lub wysokoprzepływowej tlenoterapii u pacjentów oddychających samodzielnie, otrzymujących tlen podawany przez maskę bądź wąsy. Warunki prawidłowego użycia wody sterylnej do zabiegów tlenoterapii powinny być zawarte w aktualnej deklaracji producenta wyrobu medycznego. Deklaracja jest oficjalnym dokumentem wytwórcy, którym należy się posługiwać.

W ostatnim czasie część producentów wody sterylnej dystrybuowanej w Polsce dokonało zmian w zakresie oznakowania tj. usunęło symbol przekreślonej dwójki. Fakt usunięcia symbolu wiąże się bezpośrednio ze zmianami przepisów dyrektywy europejskiej. System dopuszczania wyrobów medycznych

do obrotu i używania w Unii Europejskiej został zdefiniowany w dyrektywie dla wyrobów medycznych 93/42/EEC. 21 września 2007 roku opublikowana została dyrektywa 2007/47/EC, która wprowadziła wiele zmian w dyrektywie 93/42/EEC i w systemie dopuszczania wyrobów do obrotu w Unii Europejskiej. Wprowadzone zmiany stały się obligatoryjne z dniem 21 marca 2010 roku i objęły między innymi wprowadzenie definicji terminu „wyrób jednorazowego użytku”, aby uniknąć wątpliwości co do jego znaczenia. Wprowadzono definicję: „wyrób przeznaczony do użycia tylko jeden raz przez pojedynczego pacjenta”. Ponadto w wymaganiach zasadniczych zapisano wymóg spójnej interpretacji terminu „jednorazowego użytku” w całej Wspólnocie.

Symbol: przekreślona dwójka oznacza więc, że produkt może być stosowany jeden raz u jednego pacjenta. Symbol

ten jest zaczerpnięty z normy DIN EN 980:2008-08: „symbole graficzne stosowane do etykietowania urządzeń medycznych”. Wprowadzone do dyrektywy europejskiej zmiany, w tym doprecyzowanie definicji „wyrób jednorazowego użytku” spowodowały, iż część producentów wody sterylnej wskazuje na stosowanie jej u więcej niż jednego pacjenta.

Należy zachować ostrożność przy zalecaniu sposobu stosowania, szczególnie u pacjentów poddawanych izolacji z powodu choroby zakaźnej, zakażenia czynnikiem alarmowym lub zwiększonej podatności na zakażenie - w takich sytuacjach decyzja o ponownym użyciu wody w systemach do nawilżania tlenu powinna wiązać się z oceną stanu pacjenta, rodzaju prowadzonej terapii oraz możliwości dekontaminacji systemu nawilżania.

*Beata Ochocka*

*Katowice, 08 lutego 2014 r.*

Stanowisko Departamentu Pielęgniarek i Położnych uzgodnione  
i zaakceptowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa  
w sprawie wykonywania przez pielęgniarkę i położną innych zabiegów  
niż wynikają one z toku kształcenia podyplomowego jak  
i kształcenia podyplomowego na zlecenie lekarza

Biorąc pod uwagę przepisy ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy (Dz. U. z 1998 r. Nr 221, poz. 94 z późn. zm.), należy wskazać, że zgodnie z Kodeksem pracy pracownik powinien być zatrudniony na stanowisku pracy zgodnie z jego kwalifikacjami, celem wykonywania powierzonych mu zadań w sposób bezpieczny. Zasady wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej zostały określone w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 17, poz. 1039 oraz z 2012 r. poz. 1456).

Zgodnie z powyższą ustawą wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje, potwierdzone odpowiednimi dokumentami, świadczeń zdrowotnych, polegających w szczególności na:

- 1) rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- 2) rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- 3) planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- 4) samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- 5) realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- 6) orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- 7) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Ponadto należy wskazać, że w myśl przepisów zawartych w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 654) przez osobę wykonującą zawód medyczny należy uznać - osobę uprawnioną na podstawie odrębnych przepisów do udzielania świadczeń zdrowotnych

oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny. Natomiast w świetle przepisu zawartego w art. 2 ust. 1 pkt 10 tej ustawy za świadczenia zdrowotne należy uznać działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania.

W związku z powyższym należy przyjąć, że pielęgniarka i położna zgodnie ze swoimi umiejętnościami i wiedzą nabytą w toku kształcenia zawodowego jest zobowiązana do uczestniczenia w procesie diagnozowania i leczenia pacjenta, a tym samym jest zobowiązana do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej, będących w zakresie obowiązków zawodowych.

Biorąc jednak pod uwagę przepisy Sekcji 3 (art. 31) dyrektywy 36/2005 WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 7 września 2005 r. w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych (Dz. Urz. UE L 255 30.9.2005, str. 22, z późn. zm.), które określają, że pielęgniarka, po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej uzyskuje kwalifikacje ogólne i jest tzw. pielęgniarką ogólną, powierzanie jej świadczeń specjalistycznych wymaga ukończenia przez nią odpowiedniego szkolenia w tym zakresie.

Zgodnie z art. 61 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej - pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia podyplomowego. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych może odbywać się w ramach szkoleń, o których

mowa w art. 66 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, i może być uzupełniane w ramach szkoleń wewnątrzszkolowych nakierowanych na określone bloki tematyczne mające wpływ na poprawę jakości udzielania świadczeń zdrowotnych.

Jedną z form organizacyjnych, wymienionych w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej jest kurs dokształcający, który ma na celu pogłębienie wiedzy i aktualizację wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarki lub położnej. Organizatorami kształcenia mogą być m.in.: podmioty lecznicze. W myśl przepisu zawartego w art. 78 ust. 2-4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, program kształcenia kursu dokształcającego opracowuje organizator kształcenia. Program kształcenia powinien zawierać treści programowe zgodne z aktualnym stanem wiedzy medycznej. Program kształcenia zawiera w szczególności:

- 1) założenia organizacyjno-programowe określające rodzaj, cel i system kształcenia, czas jego trwania, sposób organizacji, sposób sprawdzania efektów kształcenia, wykaz umiejętności zawodowych stanowiących przedmiot kształcenia;

- 2) plan nauczania określający moduły kształcenia teoretycznego i wymiar godzinowy zajęć teoretycznych oraz placówki szkolenia praktycznego i wymiar godzinowy szkolenia praktycznego;

- 3) programy poszczególnych modułów kształcenia zawierające:

- a) wykaz umiejętności, które powinny zostać nabyte w wyniku kształcenia,
- b) treści nauczania,
- c) kwalifikacje kadry dydaktycznej,
- d) wskazówki metodyczne.

Odnosząc się bezpośrednio do możliwości wykonywania przez pielęgniarkę i położną innych zabiegów niż wynikają one z toku kształcenia podstawowe-



go, jak i kształcenia podyplomowego na zlecenie lekarza, Departament wskazuje, że zgodnie z Kodeksem pracy za bezpieczeństwo pracy odpowiedzialny jest pracodawca, stąd przy zatrudnieniu lub zleceniu wykonywania świadczeń pracownikowi z niepełnymi kwalifikacjami, np. brak ukończonego kursu, wymagane jest przeszkolenie w miejscu pracy i skierowanie pielęgniarki lub położnej na odpowiednie szkolenie podyplomowe.

Ponadto Departament wskazuje, iż zgodnie z art. 46 ustawy o działalności leczniczej odpowiedzialność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik, który podejmuje także decyzje w sprawach kadrowych i on odpowiada za zatrudnienie na danym stanowisku pracy osoby posiadającej określone kwalifikacje. W każdym zakładzie powinny być opracowane zakresy obowiązków i opisy stanowisk pracy precyzujące cel stanowiska, kwalifikacje, umiejętności, zadania do wykonania, zakres wiedzy, odpowiedzialność oraz uprawnienia pracownika. Również zapewnienie warunków wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej

zgodnie z obowiązującym prawem spoczywa na osobach zarządzających. Zatem o prawidłowości funkcjonowania danego podmiotu leczniczego decyduje kadra zarządzająca tym podmiotem.

W związku z powyższym należy wskazać, że jeżeli pielęgniarka lub położna wykonuje określony zabieg na zlecenie lekarza to w dokumentacji osobowej tej pielęgniarki lub położnej powinna znajdować się wiarygodna informacja dotycząca przeszkolenia w zakresie wykonywania tego zabiegu, ze wskazaniem terminu przeszkolenia, liczby wykonywanych zabiegów pod nadzorem i poświadczenia przez osoby nadzorujące szkolenie posiadania przez pielęgniarkę lub położną wiedzy i umiejętności w opisywanym zakresie.

Natomiast w dokumentacji dotyczącej wykonywania zabiegów powinny się znajdować zapisy lekarza zlecającego i osoby wykonującej zabieg oraz podpisy tych osób.

Przestrzeganie powyższej procedury wynika z faktu, że każdy zabieg medyczny wykonywany w ramach prowadzenia diagnostyki i leczenia pacjenta nie-

się ze sobą ryzyko wystąpienia różnych nieprzewidzianych skutków ubocznych. Kwalifikacja pacjenta do zabiegu obejmuje zarówno wskazania do jego wykonania oraz przeciwwskazania. Niemniej, należy podkreślić, że dobrze przygotowany zespół medyczny do wykonywania swoich zadań, w tym wykonania określonego zabiegu, zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań.

Departament wskazuje, że pielęgniarka lub położna, która wykonuje zabieg nie będąc do tego uprawniona, czyli nie została przeszkolona zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, grożą takie konsekwencje, jakie wynikają z zakresu zadań, obowiązków i kompetencji pracownika zatrudnionego na danym stanowisku pracy. Nadzór nad tym zakresem sprawuje bezpośredni przełożony, a w dalszej kolejności kierownik podmiotu leczniczego.

*Z-ca Dyrektora Departamentu  
Pielęgniarek i Położnych*

*(-) Jolanta Skolimowska*

Warszawa, dnia 24 listopada 2014 r.

## OPINIA PRAWNA

Dotycząca: zgłoszenia chęci powrotu do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w innej okręgowej radzie, aniżeli ta w której została zgłoszona informacja o zaprzestaniu wykonywania zawodu.

DLA: Prezesa Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

DOTYCZĄCA: zgłoszenia chęci powrotu do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w innej okręgowej radzie, aniżeli ta w której została zgłoszona informacja o zaprzestaniu wykonywania zawodu.

SPORZĄDZONA PRZEZ: radcę prawnego Piotra Siłakiewicza

### Wniosek:

Osoba zamierzająca powrócić do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej winna zawiadomić o tym tę okręgową radę, której była członkiem, a następnie złożyć wniosek o wykreślenie jej z rejestru prowadzonego przez tę radę i rów-

noczesne wskazać izbę, na obszarze której zamierza wykonywać zawód.

### Uzasadnienie:

Stan faktyczny:

Przedmiot zapytania stanowi możliwość zgłoszenia zamiaru do wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej w okręgowej radzie innej, aniżeli ta w której została złożona informacja o zaprzestaniu wykonywania tego zawodu.

### Ocena prawna:

W przedmiotowej sprawie należy przede wszystkim wskazać na brzmienie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.

U. z 2014 r., poz. 1435), zgodnie z którym to prawo wykonywania zawodu albo ograniczone prawo wykonywania zawodu stwierdza, na wniosek osoby zainteresowanej, okręgowa rada pielęgniarek i położnych, właściwa ze względu na miejsce przyszłego wykonywania zawodu. Z przywołanej regulacji jednoznacznie wynika zatem, że właściwa jest ta okręgowa rada na obszarze, której osoba zainteresowana zamierza wykonywać zawód. Jednakże sytuacja osoby powracającej do wykonywania zawodu jest nieco odmienna.

Stosownie do brzmienia art. 41 ust. 1 omawianego aktu prawnego na podstawie uchwał o stwierdzeniu lub przyznaniu prawa wykonywania zawodu

okręgowa rada pielęgniarek i położnych dokonuje wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych i wydaje dokument „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki”, „Prawo wykonywania zawodu położnej”, „Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki” albo „Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej”. Zasadnym staje się więc przyjęcie, że wymienionych w przytoczonym przepisie czynności w tym także wydania dokumentu „prawo wykonywania zawodu” dokonuje ta okręgowa rada, na obszarze właściwości, której ma być wykonywany zawód. Równocześnie należy jednak wskazać, iż zgodnie z pouczeniem, jakie znajduje się w dokumencie „Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej”, którego wzór stanowi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 lutego 2013 r. w sprawie wzorów dokumentów o pra-

wie wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej (Dz. U. poz. 222) osoby, które zostały pozbawione, utraciły lub zawiesiły wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej są obowiązane do bezzwłocznego zwrotu przedmiotowego dokumentu w okręgowej izbie, której są członkami.

Koniecznym staje się zauważyć również, iż zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174, poz. 1038) członkami samorządu są pielęgniarki i położne, które mają stwierdzone lub przyznane prawo wykonywania zawodu i są wpisane do rejestru prowadzonego przez właściwą ze względu na miejsce wykonywania zawodu okręgową radę. W myśl zaś art. 5 ust. 5 cytowanej ustawy w przypadku zamiaru rozpoczęcia wykonywania zawodu na obszarze innej okręgowej izby, pielęg-

niarka i położna składają wniosek o wykreślenie ich z rejestru dotychczasowej okręgowej izby wraz z informacją o dokonanych wyborze okręgowej izby, której chcą zostać członkami.

Mając powyższe na uwadze należy stanąć na stanowisku, że osoba zamierzająca powrócić do wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej winna zawiadomić o tym tę okręgową radę, której była członkiem, a następnie złożyć wniosek o wykreślenie jej z rejestru prowadzonego przez tę radę i równoczesne wskazanie izby, na obszarze której zamierza wykonywać zawód.

PIOTR SIŁAKIEWICZ  
KANCELARIA RADCY PRAWNEGO  
ul. E. Plater 10 lok. 36,  
00-669 Warszawa, ul. Nowy Świat 59,  
05-300 Mińsk Mazowiecki  
tel. kom.: 606461097  
mail: sila@pro.onet.pl

## OPINIA PRAWNA

### w sprawie opuszczania stanowiska pracy przez pielęgniarkę lub położną, zatrudnioną w podmiocie leczniczym (Szpitalu - ambulatorium, Izba Przyjęć lub w przychodni) celem udzielenia pomocy osobie poszkodowanej poza podmiotem leczniczym

Przepisy prawa, a to ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej - Dz. U. nr 174, poz. 1039 z 2011 r., kodeks pracy, ustawa o działalności leczniczej - Dz. U. z 2013 r., poz. 217, nie dają wprost jednoznacznej odpowiedzi, jak należy się zachować. Analiza tych przepisów pozwala na sformułowanie pewnych tez.

I tak, zgodnie z kodeksem pracy pracownik jest obowiązany wykonywać pracę sumiennie i starannie oraz stosować się do poleceń przełożonych, które dotyczą pracy, jeżeli nie są one sprzeczne z przepisami prawa lub umową o pracę (art. 100 I kodeksu pracy). Problem pojawia się wówczas, gdy polecenia te są sprzeczne lub konieczność opuszczenia swego miejsca pracy wynika z konieczności nagłego udzielenia pomocy osobie poszkodowanej.

Obowiązek prawidłowej organizacji pracy spoczywa na kierowniku podmiotu leczniczego, co wynika z zapisu art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217) - „Odpowiedzial-

ność za zarządzanie podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą ponosi kierownik.” Natomiast sprawy dotyczące sposobów i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika, o czym stanowi art. 23 ustawy o działalności leczniczej.

W regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się m.in. (art. 24 ust. 1 ustawy):

- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych;
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, z zapewnieniem właściwej dostępności i jakości tych świadczeń w jednostkach lub komórkach organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu;

- organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych przedsiębiorstwa podmiotu oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym;
- warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą w zakresie zapewnienia prawidłowości diagnostyki, leczenia, pielęgnacji i rehabilitacji pacjentów oraz ciągłości przebiegu procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Wskazując na powyższe, należy podkreślić, kierownik podmiotu leczniczego/pracodawca ponosi odpowiedzialność za wadliwą organizację pracy. Podstawowym obowiązkiem pracodawcy jest organizowanie pracy w sposób zapewniający pełne wykorzystanie czasu pracy, jak również osiągnięcie przez pracowników,

przy wykorzystaniu ich uzdolnień i kwalifikacji, wysokiej wydajności i należytej jakości pracy (art. 94 pkt. I k.p.). W dyspozycji tego przepisu mieści się obowiązek takiej organizacji pracy, w której pielęgniarka będzie w stanie prawidłowo, zgodnie z najlepszą wiedzą medyczną wykonać swoje obowiązki bez uszczerbku dla dobra pracodawcy i pacjentów. Konsekwencje naruszenia tego obowiązku przez pracodawcę poniesie on sam.

Problemem w sytuacji wskazanej w tytule, jest także to, z czyjego polecenia na czyje wezwanie pielęgniarka opuszcza miejsce pracy w celu udzielania pomocy osobie poszkodowanej. Sytuacja ta nie jest prosta, bo pielęgniarka ma wykonać dwa nie dające się jednocześnie wykonać zadania. Nie jest to jednoznacznie określone żadnym przepisem. Przede wszystkim jednak pielęgniarka powinna wykonywać obowiązki przypisane jej w zakresie obowiązków. Dodatkowe polecenia wykraczające poza zakres obowiązków powinny być wykonywane, jeśli pochodzą od osoby posiadającej w stosunku do pielęgniarki funkcję przełożonego. Innego rodzaju prośby (np. lekarza z innego oddziału, osób z zewnątrz informujących o nagłym zdarzeniu przez szpitalem), a także niezwiązane z obowiązkami pracowniczymi mogą być wykonywane wyłącznie wtedy, gdy nie kolidują z podstawowymi obowiązkami pielęgniarki. Drugim kryterium oceny priorytetu obowiązków jest dobro pacjenta. W razie kolizji interesów dwóch lub większej ilości pacjentów, pielęgniarka

powinna wybrać wykonanie tego obowiązku, który jest „pilniejszy” z uwagi na zdrowie i życie pacjenta, według jej własnej starannej oceny.

W każdym jednakże wypadku opuszczenia swojego stanowiska pracy pielęgniarka powinna informować o tym przełożonych, a nawet odnotować opuszczenie stanowiska pracy w księdze raportów pielęgniarstwa z podaniem celu i okoliczności jego opuszczenia. Nadto, o takich sytuacjach należy informować po pierwsze bezpośrednio przełożonych, a w razie braku reakcji pielęgniarkę naczelną, kierownika zakładu, a w sytuacjach wyjątkowych - organ założycielski i państwową inspekcję pracy. Albowiem w takich sytuacjach pielęgniarka/położna postawiona jest w niezwykle trudnej sytuacji konieczności wykonania obowiązków przekraczających miarę jej możliwości.

Zgodzić się należy z piśmiennictwem w temacie, proponującym następujące zasady postępowania:

- pierwszeństwo mają zawsze obowiązki pochodzące od przełożonego zawarte w karcie (zakresie) obowiązków lub sformułowane przez bezpośredniego przełożonego;
- na względzie mieć trzeba zdrowie i życie pacjentów;
- w razie wątpliwości do kogo należy wykonanie określonej czynności zwrócić się o udostępnienie regulaminu porządkowego zakładu (z którego może wynikać np. kto ma zapewnić pomoc medyczną poszkodowanemu

poza szpitalem), a jeśli to nie wyjaśni sprawy, zwrócić się z pisemnym zapytaniem do pielęgniarki oddziałowej/przełożonej bądź naczelnej, a nawet kierownika placówki; jeśli pielęgniarka uzna, że opuszczenie oddziału nie zagraża zdrowiu pacjentom na oddziale (np. pacjenci są pod opieką innej pielęgniarki) opuszczenie oddziału powinno wiązać się z pozostawieniem tej informacji przełożonym oraz w raporcie; w razie nadmiernego obciążenia obowiązkami monitorować o tym przełożonych oraz prosić o zwiększenie obsady - zanim ujawnią się konsekwencje niewłaściwej organizacji pracy.

Możliwym rozwiązaniem dla tego typu sytuacji jest stosowana w niektórych podmiotach leczniczych praktyka, tj. wydanie zarządzenia przez kierownika tego podmiotu określające procedury postępowania w takich sprawach. W znanych DOIPiP we Wrocławiu przypadkach, obowiązek udzielenia pomocy osobie poszkodowanej spoczywa na zespole interwencyjnym, w skład którego wchodzi lekarz i pielęgniarka anestezyjologiczna. Zespół ten w zakresie swoich obowiązków udziela pomocy osobom poszkodowanym w pobliżu podmiotu leczniczego w odległości ustalonej w zarządzeniu.

*opr. radca prawny DOIPiP we Wrocławiu  
Ewa Stasiak  
Wrocław, dnia 5 listopada 2014 r.*

## Prawnik odpowiada Czy należy wykonywać polecenia lekarskie, które są wydawane na kilka minut przed zakończeniem zmiany?

Kodeks pracy stanowi, że pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w ciągu całego swojego czasu pracy. W Pani przypadku do godziny 19:00. Zlecenie lekarskie, wydane na kilka minut przed końcem zmiany, nadal należy traktować jako jeden z Pani obowiązków, mimo że jego wykonanie spowoduje przekroczenie przez Panią czasu pracy.

Zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka i położna są obowiązane, zgodnie z posiadanymi kwalifikacjami zawodowymi, do udzie-

lenia pomocy w każdym przypadku, gdy zwłoka w jej udzieleniu mogłaby spowodować stan nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pielęgniarka i położna, zgodnie z zasadami etyki, powinny dbać o dobro pacjenta, dlatego pomimo zakończenia przez Panią zmiany zlecenie lekarskie powinno zostać wykonane, jeśli nie jest możliwe przekazanie takiego zlecenia innej pielęgniarkie (z następnej zmiany), ze względu na konieczność natychmiastowej pomocy pacjentowi. Tak jak zostało zaznaczone powyżej, czas na wykonanie takiego zlecenia oraz przekazanie

raportu zmieniającej pielęgniarkę stanowi nadgodziny.

**Kiedy pracodawca zobligowany jest do przeniesienia pracownika na inne niż dotychczas zajmowane stanowisko pracy?**

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

- kobiet w ciąży, które ze względu na swój stan nie powinny wykonywać dotychczasowej pracy,

- młodych, w razie gdy dana praca zagraża ich zdrowiu,
- pracowników, którzy ulegli wypadkowi przy pracy,
- pracowników, u których stwierdzone zostały objawy choroby zawodowej.

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

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

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

**Czy możliwe jest spóźnianie się koleżanki, która twierdzi, że czas jej pracy jest liczony od momentu wej-**

**ścia do szpitala a nie od rzeczywistego rozpoczęcia wykonywania czynności pielęgniarских?**

Zgodnie z art. 128 § 1 Kodeksu pracy czasem pracy jest czas, w którym pracownik pozostaje w dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub w innym miejscu wyznaczonym do wykonywania pracy. Pozostawanie w dyspozycji pracodawcy oznacza stan fizycznej i psychicznej gotowości pracownika do wykonywania pracy w wyznaczonym miejscu. Z całą pewnością można stwierdzić, że gdy o godzinie 7:00 pielęgniarka dopiero wchodzi na teren szpitala i musi jeszcze pójść do szatni, zdjąć kurtkę, przebrać się w odzież „do chodzenia w szpitalu”, nie pozostaje ona w gotowości do wykonywania pracy, do czego jest zobowiązana dokładnie od godziny 7:00.

**Jaki jest czas pracy pielęgniarki przemysłowej zatrudnionej w niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej?**

Art. 93 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217 ze zm.) stanowi, że czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym.

Jedynie jeżeli jest to uzasadnione rodzajem pracy lub jej organizacją, w stosunku do pracowników mogą być stosowane rozkłady czasu pracy, w których dopuszczalne jest przedłużenie wymiaru czasu pracy do maksymalnie 12 godzin na dobę. O tym, czy w danej sytuacji rodzaj pracy lub jej organizacja uzasadniają przyjęcie tego systemu, decydują strony zakładowego układu zbiorowego pracy, podmiot ustanawiający regulamin pracy lub sam pracodawca (jeśli zatrudnia poniżej 20 pracowników) w drodze tzw. obwieszczenia. Wprowadzenie zrównoważonego systemu pracy wymaga zawsze istnienia obiektywnych i względnie stabilnych powodów, nie może być zatem dowolne.

Należy podkreślić, że przedłużenie przeciętnej dobowej normy czasu pracy nie skutkuje przedłużeniem przeciętnej tygodniowej normy czasu pracy.

Osoby realizujące zadania służby medycyny pracy przy wykonywaniu czynności zawodowych są niezależne od pracodawców, pracowników i ich przedstawicieli oraz innych podmiotów, na których zlecenie realizują zadania tej służby (ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy - Dz. U. z 2004 r. Nr 125, poz. 1317). Organizacyjnie podlega pielęgniarka dyrektorowi niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Podległość organizacyjna w zakładzie pracy powinna być uregulowana w regulaminie pracy. Art. 23 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.) stanowi, że „sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot wykonujący działalność leczniczą, nieuregulowane w ustawie lub statucie, określa regulamin organizacyjny ustalony przez kierownika”.

Reasumując: czas pracy pracowników medycznych zgodnie z przepisami ww. ustawy o działalności leczniczej wynosi 7,35 h/dobę.

Za czas przepracowany ponad ustalony wymiar czasu pracy przysługuje wynagrodzenie jak za godziny nadliczbowe.

**Od jakiego momentu liczona jest przerwa w wykonywaniu zawodu?**

Podstawą prawną przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu stanowi art. 26 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.).

Opierając się na programie przeszkolenia w przypadku nie wykonywania zawodu dłużej niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, szkolenie nie może trwać krócej niż trzy miesiące i nie dłużej niż sześć miesięcy. Program i czas trwania przeszkolenia ustala właściwa okręgowa rada pielęgniarek i położnych indywidualnie dla każdego wnioskodawcy, biorąc pod uwagę przedstawione dokumenty.

Na podstawie ramowego programu przeszkolenia, sposobu i trybu odbywania oraz zaliczenia przeszkolenia przez pielęgniarkę lub położną, które nie wykonują zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat, zaleca się, aby czas przeszkolenia był ustalony w zależności od długości niewykonywania zawodu i wynosił: od 5

do 10 lat przeszkolenie w wymiarze nie mniej niż 3 miesiące.

Ponadto należy wskazać, iż niewykonaniem zawodu obligującym pielęgniarkę lub położną do odbycia przeszkolenia jest nie podejmowanie czynności zawodowych przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat od:

- ukończenia szkoły zawodowej,
- ukończenia stażu podyplomowego,
- ustania ostatniego stosunku zatrudnienia, bez względu na jego formę,
- zaprzestania prowadzenia indywidualnej lub grupowej praktyki zawodowej.

Zatem, w niniejszej sytuacji czas niewykonywania zawodu liczony jest od daty ukończenia kształcenia, a nie od wydania prawa wykonywania zawodu.

### **Czy pielęgniarka lub położna, która odbywa przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu, może być uczestnikiem kursu specjalistycznego?**

Pielęgniarka lub położna, która odbywa przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu (zgodnie art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.)) może być uczestnikiem kursu specjalistycznego.

Należy bowiem wskazać, iż zgodnie z art. 72 ust. 2 ww. ustawy do kursu specjalistycznego mogą przystąpić pielęgniarka lub położna, które:

- 1) posiadają prawo wykonywania zawodu,
- 2) zostały dopuszczone do kursu specjalistycznego po przeprowadzeniu postępowania kwalifikacyjnego.

Wobec powyższego nie ma żadnych przeszkód prawnych, aby pielęgniarka lub położna, która spełnia ww. warunki, a jest w trakcie odbywania przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu,

mogła być uczestnikiem kursu specjalistycznego.

### **Jak długo pozostaje ważne zaświadczenie o ukończeniu kursu specjalistycznego?**

Przepisy ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) nie przewidują terminu ważności uprawnień uzyskanych w wyniku ukończenia określonej formy kształcenia podyplomowego, w tym w szczególności kursu specjalistycznego.

Ponadto obowiązujące rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 197, poz. 1922) nie zawiera postanowień odnośnie do terminu ważności wydawanych zaświadczeń o ukończonych szkoleniach. W szczególności we wzorze zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego, stanowiącym załącznik nr 10 do ww. rozporządzenia, brak jest treści wskazującej na dokonywanie wpisu daty ważności takiego zaświadczenia.

Wobec powyższego należy wskazać, iż zaświadczenia o ukończeniu kursu specjalistycznego są wydawane bezterminowo. Nie ma więc podstaw do twierdzenia, iż ukończenie ww. kursu jest ważne tylko przez okres 5 lat.

### **Kto powinien informować pacjenta o wynikach jego badań laboratoryjnych?**

Należy wskazać, iż zgodnie z art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2012 r. Nr 159 ze zm.) pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od lekarza przystępnej informacji o stanie zdrowia

pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

Z powyższą regulacją koresponduje zapis art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (t.j. Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634 ze zm.), który przewiduje wprost, iż lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu. Jednocześnie warto zauważyć, iż zgodnie z art. 16 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 ze zm.) pielęgniarka i położna ma obowiązek udzielenia pacjentowi lub jego przedstawicielowi ustawowemu albo osobie wskazanej przez pacjenta informacji o stanie zdrowia pacjenta, w zakresie koniecznym do sprawowania opieki pielęgnacyjnej lub opieki podczas ciąży oraz prowadzenia porodu i połogu. Tym samym pielęgniarka jest zobowiązana do przekazywania pacjentowi informacji, ale tylko w zakresie jaki jest niezbędny do sprawowania opieki pielęgnacyjnej.

Wobec powyższego należy uznać, iż to lekarz (a nie pielęgniarka) powinien poinformować pacjenta o wynikach jego badań laboratoryjnych. Należy wskazać jednocześnie, iż kwestia osoby uprawnionej do informowania pacjenta o wynikach badań powinna być uregulowana w wewnętrznych regulacjach szpitala.

## Czy pielęgniarka, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego może zdejmować szwy?

Ukończenie przez pielęgniarkę kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego nie skutkuje uzyskaniem przez nią kwalifikacji w zakresie zdejmowania szwów. Należy wyraźnie zaznaczyć, iż celem kształcenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pie-

lęgniarstwa operacyjnego jest przygotowanie pielęgniarki, położnej do realizacji zadań zawodowych w stopniu umożliwiającym samodzielną pracę na bloku operacyjnym z zachowaniem zasad postępowania aseptycznego.

W wyniku bowiem realizacji programu kształcenia ww. kursu pielęgniarka powinna:

- scharakteryzować organizację i wyposażenie bloku operacyjnego,
- zapobiegać zakażeniom,
- stosować zasady aseptyki,

- przygotować salę, instrumentarium, bieliznę oraz materiał opatrunkowy do zabiegów operacyjnych,
- przygotować do zabiegu operacyjnego i obsługiwać aparaturę medyczną,
- zapewnić bezpieczeństwo pacjentowi przebywającemu na bloku operacyjnym,
- łagodzić stres pacjenta związany z faktem oczekiwania na zabieg operacyjny,
- instrumentować do zabiegów operacyjnych,
- scharakteryzować istotę schorzenia, badania diagnostyczne, wskazania do zabiegu, techniki operacyjne, przebieg zabiegu operacyjnego i jego powikłania,

- omówić zasady postępowania z instrumentarium po zabiegu operacyjnym,
- omówić zasady dezynfekcji, mycia i pakowania instrumentarium chirurgicznego,
- scharakteryzować metody sterylizacji,
- kontrolować skuteczność procesu sterylizacji,
- omówić zasady postępowania z bielizną operacyjną,
- omówić zasady postępowania z odpadami medycznymi,
- prowadzić dokumentację medyczną (protokół pielęgniarki operacyjnej, księga wykonanych zabiegów operacyjnych,

skierowania na badania diagnostyczne itd.),

- zabezpieczyć materiał pobrany do badań diagnostycznych (histopatologicznego, bakteriologicznego itd.),
- korzystać z opracowanych standardów postępowania pielęgniarki, położnej operacyjnej,
- nadzorować utrzymanie higieny w obrębie bloku operacyjnego,
- przestrzegać zasad BHP.

Nie obejmuje to więc umiejętności w zakresie zdejmowania szwów.

źródło: [www.nipip.pl](http://www.nipip.pl)

## Czy pielęgniarka dokonująca przetoczenia albuminy ludzkiej powinna ukończyć przeszkolenie?

Uprzejmie informuję, iż pielęgniarka dokonująca przetoczenia albuminy ludzkiej powinna ukończyć przeszkolenie praktyczne i teoretyczne potwierdzone zaświadczeniem organizowane przez regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa lub Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Zgodnie bowiem z art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2014 r., poz. 332) przetoczenia krwi mogą dokonywać wyłącznie:

1) lekarz wykonujący zawód w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne;

2) na zlecenie lekarza pielęgniarka lub położna wykonująca zawód w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, pod warunkiem, że odbyła organizowane przez regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa lub Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych odpowiednie przeszkolenie praktyczne i teoretyczne potwierdzone zaświadczeniem.

Z kolei zgodnie z art. 5 pkt 1 przedmiotowej ustawy - ilekroć w ustawie jest

mowa o krwi bez bliższego określenia - należy przez to rozumieć również osocze i inne składniki krwi. Jednocześnie należy wskazać, iż albumina ludzka jest składnikiem osocza krwi, więc mają do niej zastosowanie przepisy powyższej ustawy dotyczące krwi, w tym również art. 21 ust. 1 ustawy. Tym samym pielęgniarka dokonująca przetoczenia albuminy ludzkiej powinna ukończyć przeszkolenie praktyczne i teoretyczne potwierdzone zaświadczeniem organizowane przez regionalne centrum krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa lub Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych.

Szczegółowy sposób szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi, wykaz umiejętności związanych z przetaczaniem krwi i jej składników będących przedmiotem szkolenia został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2005 r. w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników (Dz. U. Nr 38, poz. 363 ze zm.). Zgodnie z powyższym rozporządzeniem szkolenie pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników odbywa się w zakresie podstawowym oraz uzupełniającym.

Szkolenie w zakresie uzupełniającym przeprowadza się nie rzadziej niż raz na 4

lata. Szkolenie obejmuje część teoretyczną i część praktyczną. Część teoretyczna szkolenia obejmuje podstawy teoretyczne leczenia krwią i jej składnikami. Część praktyczna szkolenia obejmuje natomiast w szczególności następujące umiejętności związane z przetaczaniem krwi i jej składników:

1. pobieranie próbek krwi przeznaczonych do badania grup krwi i prób zgodności krwi biorcy i dawcy oraz prowadzenie dokumentacji z tym związanej;

2. postępowanie z pojemnikami zawierającymi krew i jej składniki przeznaczone do przetoczenia;

3. identyfikację biorcy i kontrolę dokumentacji przed przetoczeniem krwi lub jej składników polegającą na porównaniu danych zawartych w wynikach badań krwi i próbie zgodności z danymi biorcy i z danymi na pojemniku z krwią lub jej składnikami;

4. dokonywanie zabiegu przetoczenia krwi i jej składników wykonywanego na zlecenie lekarza;

5. obserwację chorego w trakcie i po przetoczeniu.

Powyższe szkolenie odbywa się na podstawie programu szkolenia podstawowego oraz szkolenia uzupełniającego opracowanego przez Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie.

źródło: [www.nipip.pl](http://www.nipip.pl)

## Czy wykonywanie zawodu perfuzjonisty przez pielęgniarkę jest również wykonywaniem zawodu pielęgniarki wg ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej?

W ramach wykonywania zawodu, perfuzjonista przygotowuje aparaturę i przeprowadza krążenie pozaustrojowe oraz wspomaganie krążenia, w ramach ścisłej współpracy z zespołem prowadzącym zabieg kardiochirurgiczny, hemofiltrację, mikrofikrację oraz kontrolę pacjenta w okresie pooperacyjnym. Szczegółowy zakres zadań perfuzjonisty jest następujący:

1. przygotowywanie aparatu do krążenia pozaustrojowego: aparatu płucoserce, aparatu do oziębiania i grzania chorego, miksera bądź przepływomierza gazów medycznych;
2. przygotowywanie jednorazowego sprzętu: oxygeneratora, drenów, łączników, kaniuli, zestawu do hemofiltracji itp;
3. przygotowywanie aparatury i sprzętu służącego do perfuzji oraz montaż i demontaż zestawu do krążenia pozaustrojowego: aseptyczne złożenie zestawu, wypełnianie i odpowietrzanie, zerowanie i kalibracja;
4. przygotowywanie potrzebnych w czasie perfuzji leków i płynów ustrojowych;
5. współdziałanie z lekarzem anesteziologiem w zakresie oceny stanu chorego;
6. przeprowadzanie krążenia pozaustrojowego zgodnie z obowiązującymi standardami praktyki w tym zakresie;
7. utrzymywanie ścisłej współpracy przed, podczas i po zabiegu z zespołem medycznym w zakresie prowadzenia krążenia pozaustrojowego;
8. obsługiwanie skomplikowanej aparatury medycznej (do kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej, biopompy, ECMO, sztuczne komory, aparat Cllecaver i inne);
9. dokonywanie ciągłej oceny stanu pacjenta w trakcie operacji i po zabiegu;
10. dokonywanie ciągłej obserwacji funkcjonowania aparatury;
11. przygotowywanie i podawanie leków oraz krwi zgodnie z zasadami jej przetaczania;
12. bieżące dokumentowanie każdej czynności wykonywanej w trakcie oraz

po przeprowadzonym krążeniu pozaustrojowym;

13. dbałość o zapewnienie sprawności sprzętu i aparatury.

Dodatkowe zadania perfuzjonisty obejmują:

1. udział w prowadzeniu krążenia pozaustrojowego i oddychania u dorosłych i dzieci;
2. prowadzenie szkoleń w zakresie obsługi i konserwacji aparatury medycznej służącej do perfuzji.

Natomiast zadania pielęgniarki zostały określone w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) - dalej u.z.p.p. W myśl art. 4 ust. 1 u.z.p.p., wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności na:

1. rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
2. rozpoznawaniu problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
3. planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
4. samodzielnym udzielaniu w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
5. realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
6. orzekaniu o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
7. edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia.

Stosownie do art. 4 ust. 2 u.z.p.p., za wykonywanie zawodu pielęgniarki uważa się również:

1. nauczanie zawodu pielęgniarki lub położnej oraz wykonywanie pracy na rzecz doskonalenia zawodowego pielęgniarek lub położnych;
2. prowadzenie prac naukowo-badawczych w zakresie pielęgniarstwa;
3. kierowanie i zarządzanie zespołami pielęgniarek lub położnych;
4. zatrudnienie w podmiocie leczniczym na stanowiskach administracyjnych, na których wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, orga-

nizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;

5. zatrudnienie w podmiotach zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) lub urzędach te podmioty obsługujących, w ramach którego wykonuje się czynności związane z przygotowywaniem, organizowaniem lub nadzorem nad udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej;

6. zatrudnienie w organach administracji publicznej, których zakres działania obejmuje nadzór nad ochroną zdrowia;

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

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

9. zatrudnienie w domach pomocy społecznej określonych w przepisach o pomocy społecznej, z uwzględnieniem uprawnień zawodowych pielęgniarki określonych w ustawie;

10. zatrudnienie na stanowisku pielęgniarki w żłobku lub klubie dziecięcym, o których mowa w ustawie z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (tekst jedn.: Dz. U. z 2013 r. poz. 1457);

11. sprawowanie funkcji z wyboru w organach samorządu pielęgniarek i położnych lub wykonywanie pracy na rzecz samorządu;

12. powołanie do pełnienia z wyboru funkcji związkowej poza zakładem pracy pielęgniarki, jeżeli z wyboru wynika obowiązek wykonywania tej funkcji w charakterze pracownika, albo pełnienie funkcji w zarządzie zakładowej organizacji związkowej, jeżeli z pełnieniem tej funkcji jest związane zwolnienie z obowiązku świadczenia pracy.

Wobec powyższego zasadne jest twierdzenie, że zakres obowiązków jako pielęgniarki pracującej na stanowisku perfuzjonisty, jest również wykonywaniem zawodu pielęgniarki wg ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.).

źródło: [www.nipip.pl](http://www.nipip.pl)

### **Czy pielęgniarka z tytułem specjalisty w pielęgniarstwie ratunkowym**

### **może być kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego?**

W myśl przepisów ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.) do wykonywania medycznych czynności ratunkowych uprawnieni są wszyscy członkowie ratownictwa medycznego (lekarze, ratownicy medyczni, pielęgniarki systemu).

Zakres medycznych czynności ratunkowych, do wykonywania których uprawniona jest pielęgniarka, w zespole ratownictwa medycznego został określony w §2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielonych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie

bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540).

Należy nadmienić, iż zakres czynności do samodzielnego wykonania których uprawniona jest pielęgniarka systemu jest tożsamy z zakresem czynności, do wykonania których uprawniony jest ratownik medyczny.

W związku z w/w aktami prawnymi wynika, iż pielęgniarki systemu mają identyczne uprawnienia do samodzielnego wykonania medycznych czynności ratunkowych jak ratownicy medyczni i mogą pełnić funkcje w zespołach ratownictwa medycznego.

Pielęgniarka z tytułem specjalisty w pielęgniarstwie ratunkowym może być kierownikiem zespołu ratownictwa medycznego.

źródło: [www.nipip.pl](http://www.nipip.pl)

## **Praca w Anglii i tęsknota do Polski**

W związku z tym, że niektóre z moich koleżanek i kolegów myślą, zastanawiają się czy już nawet planują wyjazd do pracy za granicą uważam za sensowne podzielić się z Wami moim zagranicznym doświadczeniem.

W Wielkiej Brytanii spędziłam łącznie 7 lat, ostatnia zagraniczna przygoda trwała 6 lat i rozpoczęła się w marcu 2005 roku. Początkowo zatrudniona byłam w prywatnym domu dla osób starszych (tzw. Residential Home) na stanowisku opiekunki. Przez 1,5 roku mieszkałam i pracowałam we wsi Copford, w pobliżu najstarszego miasta w Anglii o nazwie Colchester. Przelot i dojazd do Copford w całości został zorganizowany i sfinansowany przez angielską Firmę, i już po wylądowaniu, na lotnisku oczekiwała na mnie Regionalna Dyrektorka, piękna z długimi włosami blondynka, która swoim prywatnym samochodem zawiozła mnie wprost do Domu w którym miałam mieszkać i pracować. Mój kiepski angielski (poziom bardzo początkowy) dawał się we znaki od początku i to na każdym kroku, ale nie poddawałam się, a raczej traktowałam to jako kolejne wyzwanie do pokonania pojawiających się trudności. Po 2 miesiącach pobytu w nowym kraju zapisałam się do szkoły dla dorosłych dla których język angielski nie był językiem ojczystym i dwa razy

w tygodniu dojeżdżałam do Colchester aby poprawić umiejętność komunikowania się w języku angielskim. Jednocześnie poznawałam także angielską kulturę, znacząco różniącą się od polskiej, m.in. z powodu wielokulturowości angielskiego społeczeństwa czy rozwiniętego tam kapitalizmu. Firma wynajmowała mi pokój na pierwszym piętrze Domu w którym pracowałam. Na parterze natomiast znajdowało się 26 jednoosobowych pokoi, część z nich z łazienkami, w których mieszkały osoby starsze w wieku powyżej 60 lat, w tym jedna stulatka. Na dole, poza tymi pokojami, znajdowała się też kuchnia, duża jadalnia, niewielka pralnia i dwa pokoje biurowe. Pracę rozpoczęłam jako jedyna Polka w zespole, ale nie jedyna cudzoziemka. Gdy w urzędach załatwiałam różne formalności, np. związane z ubezpieczeniem społecznym to początkowo miałam status emigrantki, potem zauważyłam zmianę i byłam już obywatelką Europy, co brzmiało bardziej adekwatnie bo przecież Europa w 2005 roku była już zjednoczona (Unia Europejska). Po dwóch tygodniach po moim przyjeździe dojechała Ania spod Gdańska, która zamieszkała w pokoju obok mnie i następnie razem pracowałyśmy, i było nam rażniej. Ania znała angielski bardzo dobrze toteż pomagała mi w rozmowach gdy tylko ją o to poprosiłam. Potem do

Ani dołączył jej 6 letni synek i niestety zmuszona była szukać innego zakwaterowania, poza tym Domem. Znalazła małą kawalerkę w niedalekiej odległości od miejsca pracy i nadal mogłyśmy spędzać wolny czas razem, jeśli miałyśmy na to ochotę. Wieś Copford była niewielka, z jednym sklepikiem i okienkiem pocztowym, dwoma kościołami i dużym angielskim pubem. Nieopodal znajdowało się także boisko do krykieta, wśród drzew, gdzie lubiłam usiąść na ławce i oglądać treningi, mecze, kompletnie przy tym nie znając zasad gry. To co zachwycało mnie w tym miejscu, w tej okolicy, to gęsta sieć ścieżek do spacerowania, którymi poprzecinane były prywatne pola z łąkami, mała rzeka, różne polne zadrzewienia; są to państwowe ścieżki, udostępnione wszystkim, specjalnie zaplanowane i zaznaczone na mapach, w pewnym zakresie przypominające nasze szlaki wędrowne ale jednak inne. W wolnych chwilach po pracy uwielbiałam wędrować przez pola, podziwiać zachody słońca i kolorową, bujną angielską przyrodę. Anglicy znakomicie dbają o swoją przestrzeń, o przyrodę, a co najważniejsze udostępnili ją wszystkim chętnym poprzez odgórne (czyli przez państwo) wytyczenie ścieżek dla pieszych/wędrownych szlaków, prowadzących przez niziny, doliny, wyżyny, góry zarówno te



państwowe jak i prywatne. W ten sposób nawet przeciętny zjadacz chleba może delektować się urokami natury, kosztować piękno krajobrazu, mimo, że znajduje się ono w prywatnych rękach. Cała Wielka Brytania poprzecinana jest takimi ścieżkami, i uważam to za znakomity pomysł bo w ten sposób angielska wyspa jest dla wszystkich, szczególnie dla lubiących spacerować lub dłuższe wędrówki, dla ceniących wypoczynek na łonie natury.

Po około pół roku pracy w tym Domu i oswojeniem się z potoczną angielszczyzną i nauką w szkole, zdecydowałam się wystąpić do angielskiej Rady Pielęgniarek i Położnych w Londynie z wnioskiem o zarejestrowanie mnie jako pielęgniarki w Wielkiej Brytanii. Dopiero po około 6 miesiącach, w tym dwóch osobistych wizytach w Radzie w Londynie, otrzymałam pozytywną decyzję, co praktycznie oznaczało, że rynek pracy dla pielęgniarek w WB stoi przede mną otworem. Początkowo jakoś temu nie dowierzałam ale potem zakochałam się w Anglii jako kraju pełnym szans i możliwości zmiany swego życia i pracy na lepsze. Rozpoczęłam poszukiwania pracy na stanowisku pielęgniarki, jednak niewystarczająca znajomość języka angielskiego znacząco ograniczała zakres moich poszukiwań. W swojej firmie także rozgłosiłam tę dobrą wiadomość, że mam uprawnienia pielęgniarki i szukam pracy na tym stanowisku. Dyrektor firmy obiecał mi, że skieruje zapytanie do menedżerów wszystkich domów tworzących tę firmę, znajdujących się w różnych zakątkach WB. I co? I po około 3 miesiącach zaproponowano mi awans i pracę na stanowisku pielęgniarki z wynagrodzeniem nieporównywalnym z tym, które otrzymywałam jako opiekunka. Wiązało się to niestety ze zmianą miejsca zamieszkania i koniecznością przeprowadzenia do Coulsdon pod Londynem, do Domu Opieki Pielęgniarskiej, gdyż dom w którym obecnie pracowałam nie zatrudniał pielęgniarek. Nie byłam zadowolona z tego powodu bo nie cierpię wielkich miast a poza tym Londyn należy do miast niebezpiecznych. Na małej wsi czułam się bardzo dobrze, uwielbiałam to miejsce, piękne i już znajome, a tu czekała na mnie konieczność zmiany miejsca pracy i mieszkania, wyprowadzenia się. Londyn był mi znany dużo wcześniej, ponad 20 lat temu, spędziłam

tam rok czasu i okiem turysty oceniam je pozytywnie, natomiast powtórnie tam mieszkać i pracować? Jednak z drugiej strony oczekiwało tam na mnie kolejne wyzwanie (przygoda) - nowa praca na stanowisku pielęgniarki, wyraźny, szybki awans, pokój do wynajęcia w przystępnej cenie, towarzystwo Polaków w pracy i sympatyczna szefowa. Hm... długo nie zastanawiałam się. Byłam taka szczęśliwa i wdzięczna Firmie za tę możliwość pracy w WB na stanowisku pielęgniarki, że przy najbliższej okazji która się nadarzyła, osobiście podziękowałam Dyrekcji Firmy (z siedzibą w Londynie) i nie omieszkalam dodać, że zakochałam się w Anglii, że tak wiele otrzymuję, że spełniam swe marzenia, że... Patrzyli wtedy na mnie tak jakoś dziwnie i słuchali jakby z niedowierzaniem albo może czuli się zażenowani.

Teraz miałam pracować w Domu Opieki Pielęgniarskiej (Nursing Home) w podlondyńskim miasteczku Coulsdon, w pobliżu Croydon, określanego jako najbardziej wielokulturowe miasto w Wielkiej Brytanii. Brzmiało to i wyglądało dość egzotycznie, wyraźnie przeważała tam kultura afrykańska i hinduska. Dom w którym podjęłam nową pracę był 22-lózkowy, ze starszymi osobami (średnia wieku to 92 lata) wymagającymi stałej opieki pielęgniarek i opiekunek, zarządzany przez menedżera pielęgniarkę. (Domy tego typu w WB to domy najczęściej prowadzone i kierowane przez personel pielęgniarski). Samodzielne dyżury rozpoczęłam stosunkowo szybko bo za ledwie po 2-tygodniowym okresie pracy z inną pielęgniarką. Potem rzuciłam się na jeszcze głębsze wody i zgodziłam na pełnienie funkcji kierownika zmiany (Senior Staff). Uczyłam się bardzo, bardzo dużo, permanentnie byłam szkolona, znacząco rozszerzyłam swe kompetencje, właściwie zdobyłam nowy zawód (i to w obcym języku); kompetencje pielęgniarki w WB znacząco różnią się od tych w Polsce, bo na przykład bardzo rozwinięta jest tam funkcja zarządzania personelem, i nie ma żadnych wątpliwości, że zawód pielęgniarki jest tam samodzielną profesją, o czym świadczy chociażby sposób współpracy z innymi członkami zespołu interdyscyplinarnego, po odpowiednim przeszkoleniu pielęgniarki mogą otrzymać uprawnienia do wystawiania recept, bardzo duży jest prestiż za-

wodu a głównym celem pracy jest dobro pacjenta, to on jest osadzony w centrum działań interdyscyplinarnego zespołu. Poza tym i jakby dodatkowo jeszcze, niewystarczająca znajomość języka angielskiego w stosunku do wymagań zawodowych i bardzo dużej odpowiedzialności powodowały, że praca ta była dla mnie wyzwaniem i to największym w całym moim dotychczasowym życiu zawodowym, ale także bardzo stresującym doświadczeniem. To, czego nauczyłam się i doświadczyłam, w czasie prawie 2-letniej pracy na stanowisku pielęgniarki w tym Domu, zapewne wystarczyłoby na materiał do bardzo interesującej książki, niestety, w większości w konwencji dramatu. Doświadczyłam szoku i to nie tylko kulturowego, a także olbrzymiego niedowierzania, że w XXI wieku, w bogatym kraju zachodnim, działa taki właśnie system opieki nad osobami starszymi. Kompletnie nie zaimponowano mi ani jakością opieki, ani warunkami pracy. Jedyne warunki wynagrodzenia były dobre. I rozumiałam też, dlaczego tak dziwnie wtedy na mnie patrzyli - Zarząd Firmy, gdy podziękowałam i wyraziłam swą wdzięczność za umożliwienie mi pracy na stanowisku pielęgniarki. Oni doskonale wiedzieli to, o czym ja kompletnie nie miałam wtedy, gdy awansowałam, pojęcia a czego potem doświadczyłam, zobaczyłam, usłyszałam... I wtedy też niestety ale odkochałam się, czar Anglii jakby prysł. Uczucia zmienne są, a rzeczywistość angielska w tym zakresie i w tym konkretnym Domu okazała się dla mnie po prostu nie do przyjęcia. Moje niedowierzanie niestety trwa, i nadal zadaję sobie to pytanie: Jak to możliwe? Jak to możliwe, że opieka nad ludźmi starszymi, czasami w końcowym etapie ich życia, jest aż tak nieludzka w WB, w całym kraju? I czy tylko w WB? Dlaczego na przykład 90-letnim Anglikiem, wymagającym całkowitej opieki/pomocy, którego rodzina (gdy ten był młody) handlowała mieszkańcami Afryki, teraz opiekują się - w ostatnim etapie jego życia - młodzi Afrykanie, potomkowie sprzedawanych i kupowanych dziadków, babć. Takie „spotkania po latach” przedstawicieli „Panów” i potomków niewolników miażdżyły wszystkie szczytne ideały i procedury. To tylko jeden z przykładów tego, jakie konsekwencje może powodo-

wać życie w społeczeństwie wielokulturowym.

Oczywiście mam także bardzo dużo pięknych wspomnień, sporo z nich związanych jest i wynika z bezpośrednich kontaktów ze starszymi osobami w tym Domu, czy z członkami ich rodzin. Jestem pełna podziwu, jak wspinały może być człowiek u kresu swego życia, pogodny, pogodzony z sytuacją, kochający życie i ludzi, altruistyczny, kochający całym sobą. Próbowałam znaleźć odpowiedź na pytanie - jak to się dzieje, jak oni to robią, skąd to mają, że jest w nich tak dużo tej pięknej strony bycia człowiekiem, że są tacy twardzi, nienarzekający, mimo bólu, choroby, niepełnosprawności i całkowitej zależności od innych osób oraz bardzo niekorzystnych warunków zewnętrznych, w jakich przyszło im spędzić ostatnie lata, czasami miesiące, czy tygodnie swego życia. Z niektórymi osobami zaprzyjaźniłam się i udawało nam się podarowywać/ wymieniać to co mieliśmy najlepszego i czego najbardziej każde z nas wtedy potrzebowało. To są niesamowite doświadczenia, niezapomniane, wzajemnie budujące. Pewnego dnia uzyskałam odpowiedź od 85 letniej Veroniki na nurtujące mnie zagadnienia. Veronika na moje pytanie o to, co obecnie jest dla niej najważniejsze, odpowiedziała, po krót-

kim zastanowieniu - duma i niezależność; inny z kolei pacjent kochał nie tylko swą rodzinę, najbliższych, ale takimi uczuciami darzył też innych, był radosny, pocieszał, wspierał, tak jak najlepiej potrafił, niezwykle życzliwy i aktywny. To zadziwiające ileż ufności Ci ludzie wyrażali. To co ich łączyło to zapewne zadowolenie ze swego życia, tego jakie ono było i co przeżyli, i ta nieprzeciętna pogoda życia. Oni naprawdę wyrażali swym życiem wartości które wybrali.

Z Firmą rozstałam się po trzech latach pracy składając wypowiedzenie i podając prawdziwe powody.

Następnie prowadziłam własną działalność gospodarczą (firma jednoosobowa), składki na ubezpieczenie społeczne są tam bardzo niskie, i poza usługami opiekuńczymi i pielęgniarскими miałam czas na nową pasję - coaching, ukończyłam różne kursy, praktykowałam, dokończyłam też wcześniej rozpoczęte studia. Poza aktywnym życiem w innej kulturze bardzo tęskniłam za Polską, polskim krajobrazem, przyrodą, kulturą, poezją, mową ojczystą, rodziną; marzyłam o powrocie tak mocno, aż w końcu znalazłam powody aby wrócić. Polska, Polacy, miasto Łódź, w którym mieszkalam przed wyjazdem do WB, w kontekście tej zagranicznych doświadczeń nabrały dla mnie

zupełnie innego znaczenia, stały się bardzo bliskie, bardziej kochane, bo ich brak i tęsknota były bardzo silne. Podróże zatem nie tylko kształcą ale pozwalają bardziej docenić własne gniazdo, kraj ojczysty, przynajmniej tak się stało w moim przypadku.

Co robię obecnie, po powrocie? Od dwóch lat odnajduję się w polskiej rzeczywistości, zmieniłam miejsce zamieszkania, z Łodzi przeniosłam się do małej malowniczej nadwarciańskiej wsi i obecnie w pobliskim szpitalu w Warcie świadczę usługi pielęgniarские.

Nie napisałam o wielu innych ważnych i ciekawych rzeczach, np. o kosztach jakie poniosłam, psychologicznych, społecznych, rodzinnych, ale trudno jest napisać, w jednym artykule, o wszystkim. Mam jednak nadzieję, że informacje te będą dla Ciebie przydatne, lub przynajmniej interesujące. Chętnie nawiążę kontakt z koleżankami i kolegami po fachu a zatem jeśli czujesz niedosyt i chcesz uzyskać więcej informacji, to nie zwlekaj, zadzwoń lub napisz, tel. kom. 517166820, adres mailowy elapacholczvk@interia.pl, chętnie odpowiem na Twoje pytania, może pomogę podjąć właściwą decyzję. Może spotkamy się na kawie, czacie?

*Elżbieta Pacholczyk*

## Misyjna posługa

...po prostu być dla drugiego człowieka

Świecki misjonarz to osoba, która po przejściu kilku etapów przygotowania zostaje posłana przez biskupa diecezjalnego do pracy na misjach na minimum kilka lat.

Kiedy w 2002 roku wróciłam z Zambii, gdzie pracowałam jako wolontariusz - pielęgniarka w ośrodku misyjnym, gdzieś w głębi serca wiedziałam, że tą drogą będę jeszcze w przyszłości kontynuować.

Tak też się stało w 2005 roku po rocznym przygotowaniu i ukończeniu Centrum Formacji Misyjnej w Warszawie już jako misjonarka świecka wyjechałam na trzy lata do Afryki. Przez rok pełniłam posługę misyjną w Burundi, a następnie dwa lata w Kamerunie. Posługa misyjna to ewangelizacja i pomoc innym w każ-

dym zakresie i w każdej dziedzinie życia. Pracowałam głównie w misyjnych ośrodkach zdrowia.

Moim głównym zadaniem było konsultowanie chorych, tzn. diagnozowanie, kierowanie na odpowiednie badania oraz leczenie. Brałam też udział w szczepieniach dzieci w poszczególnych dzielnicach miasta.

W ośrodkach zdrowia przygotowywałam tablice edukacyjne, statystyki, prowadziłam dokumentację.

W Burundi pracowałam głównie w przychodni i aptece. Znajdował się też tam mały szpitalik, ze względu na trudną sytuację polityczną kraju i związane z tym niebezpieczeństwa (napady, walki), jak również brak prądu, był on właściwie zamknięty. Prowadziliśmy również

centrum dożywiania dzieci, gdzie uczyliśmy matki właściwego przygotowywania posiłków, ogólnych zasad żywienia dzieci i sprawowaliśmy pełną kontrolę nad dziećmi skrajnie niedożywionymi.

Do przychodni przychodziło od samego rana wielu chorych. Jak wiele ośrodków zdrowia, nie mieliśmy lekarza, więc chorych konsultował miejscowy pielęgniarz i ja. Dziennie przyjmowaliśmy około stu pacjentów. Ktoś zapytał jak to możliwe?. Pacjenci przychodzą z bardzo odległych wiosek, wiele kilometrów pokonując pieszo, często z wysoką temperaturą, bez jedzenia. Przyjąć trzeba wszystkich, bo przecież muszą jeszcze wrócić do swoich domów. Kiedy po jakimś czasie widzi się swoich pacjentów zdrowych i uśmiechniętych to największe

sza nagroda jaką można otrzymać, to wspólna radość i satysfakcja.

Posługa misyjna to po prostu bycie dla drugiego człowieka. To powołanie, które dało mi szczęście.

Kiedy po jakimś czasie widzi się swoich pacjentów zdrowych i uśmiechniętych to największa nagroda jaką można otrzymać...

Mimo trudnych chwil jakie tamtejsza ludność przeżyła w związku z wojną, bardzo skromnych warunków życia, spotyka się życzliwość, uśmiech i chęci by każdego dnia dzielić się dobrocią z innymi.

Czasami zastanawiam się dlaczego tu nie potrafimy żyć na co dzień zrozumieniem, miłością, dlaczego tak trudno nam wyciągnąć pomocną dłoń do drugiego człowieka.

W Kamerunie pracowałam w ośrodku zdrowia prowadzonym przez Siostry Pasjonistki. Tutaj oprócz przyjmowania pacjentów, prowadziliśmy edukację ludności i szczepienia dzieci w terenie. W pracy z pacjentem ogromne znaczenie ma edukacja. To przekazanie wiedzy na temat sposobów zapobiegania takim chorobom jak: malaria, choroby pasożytnicze, AIDS, gruźlica oraz podstaw higieny życia.

Miejscowa ludność bardzo chętnie uczestniczyła w spotkaniach, które były nie tylko okazją do poznania czegoś nowego, ale również do tego, aby wspólnie spędzić czas. Nie trzeba dodawać, że nikt tam nie spogląda na zegarek, gdyż liczy się chwila obecna i nic poza tym. W naszym świecie, tak bardzo zabieganym, to trudne do zrozumienia.

Jeśli chodzi o czas w Afryce, to rzeczywiście nikt się tam nie spieszy, każdy ma czas by się zatrzymać, porozmawiać. Sytuacja kiedy Msza Święta w niedzielę trwa czasami ponad dwie godziny i zaczyna się pół godziny później niż powinna, nikogo tam nie dziwi i nie denerwuje, to czas świętowania i budowania wspólnoty, to czas dany sobie nawzajem.

Nieodzowna w pracy misyjnej jest również znajomość kultury, tradycji i języka danego kraju, a nawet poszczególnych plemion. Bez takiej wiedzy, trudno jest czasem leczyć pacjentów, czy choćby zrozumieć ich postępowanie. Wymaga to od misjonarzy dodatkowej nauki, otwartości serca i niekiedy przełamywania różnych barier np. językowych, kulturowych.

Poza pracą w ośrodku zdrowia, w wolne soboty spotykałam się z dziećmi z naszej parafii, którym pomagałam trochę

w nauce, a mniejsze dzieci miały wtedy okazję by coś rysować czy wspólnie się bawić. Mogłam wtedy zobaczyć jak wiele radości może dziecku sprawić choć jedna kolorowa kredka, papier kolorowy albo zeszyt. Wiele dzieci nie chodzi do szkoły, gdyż rodziny nie są w stanie jej opłacić. Dzieci już od najmłodszych lat są zaangażowane w prace domowe i pracę w polu. To dzieci najczęściej rano idą po kilka kilometrów do studni po wodę, starsze rodzeństwo zajmuje się młodszym. Często wspominam też dzieci, które wybiegały na drogę by powitać mnie kiedy jechałam do pracy. Uśmiechnięte buzie i radosne słowa powitania na długo zostają w pamięci i sercu.

Każdy dzień na misjach to nie tylko niesienie pomocy innym, ale również ubogacenie samego siebie.

To odnajdywanie dobrych chwil w codziennym życiu, docenienie tego co mamy.

Posługa misyjna to po prostu bycie dla drugiego człowieka. To powołanie, które dało mi szczęście.

*mgr Agnieszka Piechowiak  
...nikt tam nie spogląda na zegarek,  
gdyż liczy się ta chwila obecna i nic poza  
tym. W naszym świecie, tak bardzo  
zabieganym to trudne do zrozumienia.*

## Dlaczego podstawowe choroby pasożytnicze są nadal popularne?

Rozprzestrzenianiu się inwazyjnych chorób pasożytniczych sprzyjają złe warunki sanitarno-higieniczne, klęski żywiołowe, ruchy migracyjne ludności, stale wzrastająca liczba bezdomnych, a czasami po prostu brak podstawowych zasad higieny osobistej.

Do najczęstszych chorób pasożytniczych należą świerzby i wszawica, rzadziej obserwuje się zmiany skórne wywołane przez larwy much (tzw. larwę wędrującą), pluskwiaki czy pchły.

Według danych Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie liczba zachorowań na świerzby w Polsce w 2003 roku wynosiła 13741, natomiast w pierwszej połowie 2004 roku już 5931. Wydaje się, że wartości te są jednak zaniżone, a rzeczywiste zachorowania są częstsze.

W latach 1996-2000 porównywanym zakażenie wszą ludzką dzieci w wieku szkolnym mieszkających na wsi i w mieście w rejonach wschodniej Polski. Stwierdzono, że najczęściej chorowały dzieci 8-12 letnie. Badaniem objęto 153 dzieci mieszkających na wsi i 95 dzieci z miasta. Wszawica na wsi pojawiła się u 1,59%, a w mieście u 0,48% dzieci. W Chinach na 303 badane osoby zakażenie wszawicą stwierdzono u 43 (14,2%). Przedstawione dane potwierdzają pogląd, iż do zakażenia chorobami pasożytniczymi łatwiej dochodzi w środowiskach biednych i zaniedbanych, aczkolwiek podawane liczby nie są już przerażające ze względów epidemiologicznych.

### Świerzby

Jedną z częstszych zakaźnych chorób pasożytniczych jest świerzby (scabies) wywołany przez pasożyta z rodziny roztoczy - świerzbowca ludzkiego (*Sarcoptes scabiei*, *Sarcoptes hominis*). Zakażenie następuje drogą bezpośredniego kontaktu lub za pośrednictwem bielizny, ubrań, pościeli.

Zmiany skórne mają charakter grudek obrzękowych, pęcherzyków, pryzosów, nadżerek i strupów, a także nor świerzbowcowych w postaci uwypukleń liniowych naskórka. Są one zlokalizowane na bocznych powierzchniach palców rąk i nadgarstka, w okolicy łokci, narządów płciowych, a także na bocznych powierzchniach tułowia, w okolicy pępka, brodawek sutkowych u kobiet, na podszewkach stóp. Charakterystycznym obja-

wem jest uporczywy świąd nasilający się szczególnie w nocy.

Podstawową zasadą obowiązującą w terapii świerzbu jest leczenie wszystkich członków rodziny równocześnie, mimo iż u niektórych nie stwierdza się klinicznych objawów zakażenia. Sukces terapeutyczny zależy nie tylko od przeprowadzonej kuracji, ale także od postępowania profilaktycznego. Ubranie i pościel powinny zostać wygotowane i wyprasowane gorącym żelazkiem lub poddane praniu na sucho. W trakcie kuracji obowiązuje codzienna zmiana odzieży i pościeli. Przez około 4 dni do 2 tygodni nie powinno się korzystać z uprzednio noszonych ubrań. Infekcja wywołana świerzbem na ogół nie wymaga leczenia ogólnego, świąd ustępuje po zastosowaniu terapii miejscowej.

U osób dorosłych, poza twarzą i skórą głowy owłosionej, preparaty zewnętrzne stosuje się na całe ciało, zwracając szczególną uwagę na przestrzenie między palcowe dłoni i stóp oraz fałdy skórne. Natomiast dzieciom zaleca się dodatkowo smarowanie skóry głowy owłosionej.

U niemowląt i małych dzieci do 3 roku życia leki stosuje się na zmianę, na górną, a następnie na dolną część ciała 2 razy po 3 godziny. Kuracje należy powtórzyć po ośmiodniowej przerwie, jednorazowo w ciągu doby. Lekiem z wyboru do stosowania zewnętrznego u dorosłych jest gammasześcioclorocykloheksan (lindan) w postaci żelu, emulsji, maści, płynu i szamponu. Lindan należy wcierać w skórę całego ciała, oprócz twarzy i głowy, przez kolejne 3 dni, a po 12-24 godzinach stosować kąpiel. Codziennie trzeba zmieniać pościel. 95% wyleczeń uzyskiwano również po dwukrotnym użyciu lindanu - dwie noce z rzędu, z poranną kąpielą i zmianą odzieży. Kurację powtarzano po 7 dniach. Można również zastosować lindan w postaci 1% płynu jednorazowo na 8-12 godzin, a następnie zmyć go ciepłą wodą z mydłem, a kurację powtórzyć po kilku dniach. Ponieważ lindan jest środkiem toksycznym, nie należy go używać, gdy obecne są liczne przeczasy i nadżerki. Nie powinny go stosować kobiety w ciąży i karmiące. Nie aplikuje się go również noworodkom i niemowlętom oraz dzieciom do 3 roku życia. Innym środkiem przeciwswierzbowym jest benzoesan benzy-

lu, dostępny jako 30% roztwór parafinowy oraz jako emulsja. Preparat stosuje się 1-2 razy dziennie przez 3-5 dni zależnie od wskazań producenta. Przed zastosowaniem benzoesu benzylu choremu zaleca się 15 minutową kąpiel w ciepłej wodzie z mydłem, co powoduje rozpułchnienie naskórka i ułatwia przenikanie leku. W razie niepowodzenia kuracji zabieg powtarza się po 7 dniach. Środkiem szczególnie polecanym u dzieci jest permetryna stosowana w postaci 5% kremu, pianek, aerozolu, emulsji oraz naparów. Podczas używania tych preparatów trzeba szczególnie chronić oczy i błony śluzowe. Permetryna działa silnie i szybko neurotoksycznie na świerzbowce, a przy tym nie jest toksyczna dla człowieka. Często już jednokrotne użycie preparatu z permetryną prowadzi do wyleczenia. Zaletą permetryny jest również fakt, że działa na pasożyty, które wykazują oporność w stosunku do lindanu. Permetryna może być stosowana u kobiety w ciąży i w okresie laktacji. W przypadkach powikłanych wtórną infekcją bakteryjną leczenie świerzbu można rozpocząć od stosowania u dzieci maści na wazelinie z 5-15% strąconą siarką, a u dorosłych z 15-20% lub maść Wilkinsona. Przed rozpoczęciem kuracji chory powinien wykąpać się w ciepłej wodzie. Następnie należy wetrzeć dość mocno maść w skórę całego ciała, powtarzając smarowanie raz dziennie w ciągu 3 kolejnych dni. Maści nie zmywa się, a jedynie nakłada kolejne warstwy. W czwartym dniu kuracji pacjent kąpie się i zmienia odzież, bieliznę i pościel. U małych dzieci maści z siarką stosuje się raz dziennie przez 3 dni oraz 30-50% maść Wilkinsona raz dziennie, nakładając kolejne warstwy przez 3 kolejne dni.

Coraz częściej w leczeniu świerzbu proponowana jest iwermektyna, lek podawany doustnie. Iwermektyna jest syntetyczną pochodną awermektyny, środka przeciwpasożytniczego. Podczas jej stosowania pacjent nie wymaga leczenia zewnętrznego. Iwermektynę z dobrym efektem podawano m.in. u pacjentów z łuszczyką zwykłą wtórnie zainfekowanych świerzbowcem.

#### **Wszawica**

Kolejną chorobą pasożytniczą jest wszawica (pediculosis), wywołwana

przez stawonogi, wszy ludzkie (*Pediculus humanus*). Zależnie od czynnika sprawczego wyróżnia się:

- wszawicę łonową (pediculosis pubis)
- odzieżową (pediculosis vestimenti)
- oraz najczęstszą wszawicę głowową (pediculosis capitis)

Zakażenie wszą łonową szerzy się głównie przez kontakt bezpośredni, rzadziej pośrednio, poprzez używanie wspólnych ręczników lub pościeli. Zmiany skórne to płaskie szarobłękitne plamy (maculae ceruleae), rzadziej nadżerki i przeczasy, ponieważ świąd jest niewielki. Przed przystąpieniem do leczenia wszawicy łonowej należy ogolić okolice łonową lub usunąć gnidy gęstym grzebieniem. Należy obserwować również okolice brwi i rzęs.

Lekami z wyboru są 10% permetryna aplikowana na 10 minut lub lindan w postaci roztworu nakładany i pozostawiony na noc. Można też stosować 1% lindan w naparze przez 5 minut. Kuracje zwykle należy powtórzyć po 7-10 dniach.

W leczeniu wszawicy można stosować również starsze preparaty, takie jak maść rtęciowa szara (Ung. Hydrargyni cinerci) lub 20% maść rtęciowa żółciowa (Ung. Hydrargyni oxydati flavi). Przy zakażeniu brwi i rzęs, co częściej dotyczy dzieci, zalecana jest wazelina żółta 3-5 razy dziennie przez 8-10 dni oraz maść oczna z 0,025% fizostyginą również przez 8-10 dni. Kolejnym groźnym ze względów epidemicznych schorzeniem jest **wszawica odzieżowa** (pediculosis vestimenti). Najczęściej choroba dotyczy ludzi bezdomnych, wywoływana jest przez wesz odzieżową, która może przenosić zarazki duru epidemicznego (*Rickettsia prowazeki*), duru nawrotowego (*Borrelia recurrentis*) i gorączki okopowej (*Rochalimea quintana*). Zakażenie rozprzestrzenia się przez wspólne używanie odzieży i pościeli. Ponieważ wesz odzieżowa żywi się krwią na skórze chorego, obecnie mogą być liczne zmiany rumieniowe, pokrzywkowe, swędzące grudki i guzki, przeczasy, a często wtórne cechy infekcji bakteryjnej (zliszajcowacenie). Mimo, iż pranie i prasowanie gorącym żelazkiem powinno zniszczyć pasożyty, to jednak przez 2-3 tygodnie nie powinno się używać uprzednio zakażonej odzieży. W leczeniu przy współ-

istniejącej wtórnej infekcji bakteryjnej (liczne strupy, nasilone sączenie, stany podgorączkowe) można zastosować antybiotyki (pochodne ampicyliny lub kotrimoksazol).

Najczęstszą chorobą wywoływana przez wszy, szczególnie w środowiskach dziecięcych, jest **wszawica głowowa**. Zakażenie szerzy się przez kontakt bezpośredni lub pośredni, poprzez używanie wspólnych nakryć głowy, szczotek i grzebieni. Zmiany skórne o charakterze grudek obrzękowych, bąbli pokrzywkowych lub przeczosów zlokalizowane są w okolicy potylicznej, skroniowej i zausznej. W przypadkach zaniedbanych może powstać kołtun (plica) oraz rozwinąć się wyprysk wszawicy (louse eczema), spowodowany intensywnym świądem i drapaniem.

W leczeniu wszawicy głowowej istnieje kilka możliwości leczenia. Poza stosowanymi zewnętrznymi preparatami, które niszczą dojrzałe formy, należy również usuwać jaja wszy.

Jaja wszy wyczesuje się gęstym grzebieniem lub usuwa pęsetą oraz dodatkowo płucze się włosy ciepłą wodą z octem (2 łyżki stołowe na 1 litr wody). U małych dzieci można stosować szampon-krem z 1% permetryną, która zmienia przewodnictwo nerwowe w organizmie wszy, porażając ją.

Preparat pozostawia się na skórze głowy od 10 minut do 3 godzin, a następnie dokładnie spłukuje. Zgodnie z zaleceniem producenta kurację należy

powtórzyć po 10-14 dniach. U dorosłych i u dzieci od 6 r.ż. można stosować w terapii wszawicy głowowej 1% lindan w postaci emulsji, żelu, maści, lotionu lub szamponu. Lek pozostawia się pod czepek na 12-24 godziny, a następnie zmywa głowę szamponem zawierającym 3% kwas octowy. Ze względów zapobiegawczych zaleca się też stosowanie preparatu w formie 0,3% żelu, który wciera się we włosy po ich kilkakrotnym myciu i suszeniu. Kurację należy powtórzyć po 3-5 dniach. Lekiem, który w ciągu 5 minut niszczy niemal wszystkie formy dorosłe wszy i około 95% jaj jest łatwo palny organiczny środek owadobójczy malation. Działanie przeciwpasożytnicze ma również nalewka z kwasu bertramu (tinctura pyrethri). Wciera się ją lub zwilża skórę głowy 3 razy dziennie przez kilka kolejnych dni. Innym preparatem, który niszczy pasożyty i ich larwy jest Delacet (zawierający nalewkę z zieleń ostróżki i 80% kwas octowy). Płynem tym zwilża się obficie włosy, a następnie po założeniu czepek pozostawia się na 2-3 godziny. Następnie włosy spłukuje się obficie i wyczesuje gęstym grzebieniem. Inne napary owadobójcze stosowane w leczeniu wszawicy to: Pipi, XR, NIXR.

Podczas leczenia zewnętrznego należy wystrzegać się kontaktu wymienionych preparatów z błonami śluzowymi. W trakcie kuracji nie powinno używać się żadnych środków kosmetycznych, gdyż mogą one powodować nadmierne

wchłanianie stosowanego środka owadobójczego.

Efekty w leczeniu każdego rodzaju wszawicy uzyskuje się jedynie wtedy, gdy leczone są wszystkie osoby z najbliższego otoczenia pacjenta.

Choroby pasożytnicze zapewne jeszcze długo będą nękały człowieka. Ich występowanie można znacznie ograniczyć dzięki przestrzeganiu podstawowych zasad higieny, szczególnie w dużych skupiskach dzieci. Wczesne rozpoznanie i właściwe przeprowadzone leczenie skutecznie przerywa łańcuch epidemiologiczny tych bardzo zakaźnych schorzeń.

#### Piśmiennictwo:

1. Braun-Falco O. i wsp.: Choroby wywołane przez stawonogi (w:) Dermatologia. Czelej, Lublin 2002: 339-360.

2. Maj J., Plomer-Nieźgoda E.: Choroby pasożytnicze, (w:) Leczenie chorób skóry i chorób przenoszonych drogą płciową.

Szepietowski J. (red). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002:110-119.

3. Christophers E., Stander M.: Choroby zakaźne skóry, (w:) Zarys dermatologii i wenerologii. Bogdanowski J. (red). Urban&Partner, Wrocław 1999: 49-72.

4. Maj J., Plomer-Nieźgoda E.: Choroby pasożytnicze skóry ciągle aktualnym problemem. Dermatologia 2005/3

## Praca zmianowa a zaburzenia snu wśród pielęgniarek

Praca zawodowa jest jedną z najważniejszych form działalności człowieka. Często rozpatrywana jest jako środek do osiągnięcia statusu materialnego, niejednokrotnie staje się przyczyną dysfunkcji zdrowotnych, powodem do negatywnych emocji, niepokoju, zmartwień z którymi to obecnie człowiekowi coraz trudniej się uporać. Pielęgniarstwo jest profesją ze szczególnym charakterem niepospolitej misji. Przedstawiciele zawodu wykonują pracę wymagającą od nich radzenia sobie z wieloma prob-

lemami oraz pokonywania trudności takich jak: wykonywania obowiązków w systemie zmianowym, destrukcyjnie oddziałującym na zdrowie psychiczne i fizyczne, towarzyszenie ciężko chorym i umierającym, umiejętności sprostania niekorzystnym sytuacjom wynikającym z interakcji pomiędzy współpracownikami, pacjentami oraz ich rodzinami.

Praca w zakładach ochrony zdrowia z założenia nastawiona na profilaktykę sama stanowi źródło groźnych chorób. Głównie to choroby zakaźne, ale

wymienić należy także choroby układu ruchu, układu sercowo-naczyniowego, przewodu pokarmowego, zaburzenia psychoneurotyczne a w szczególności chroniczne zmęczenie. Rosnące wymagania stawiane pielęgniarkom, obciążenie fizyczne i psychiczne, emocjonalny stres to najczęstsze czynniki, które mogą prowadzić zarówno do zaburzeń psychosomatycznych jak i nieprawidłowości w sferze emocjonalnej, co niesie za sobą negatywne skutki społeczne i osobiste.

Praca zmianowa powoduje stały konflikt zegara biologicznego z wymaganymi godzinami pracy. Jest ona mniej efektywna, odbywa się większym kosztem i wywołuje zwiększone zmęczenie. Zaśnięcie w ciągu dnia zwykle jest trudniejsze a sen jest mniej efektywny niż w nocy. Zazwyczaj u osób pracujących w nocy w ciągu dnia następnego dnia po zakończeniu pracy występują problemy ze snem, wydłuża się czas reakcji na bodźce i zwiększa się ryzyko popełnienia błędu. Osoby te są senne i bardziej drażliwe. Obserwuje się zmniejszenie koncentracji, problemy w analizowaniu i przyswajaniu nowych informacji czy podejmowaniu decyzji.

Zmniejszona sprawność, zwłaszcza psychiczna zdecydowanie sprzyja zwiększeniu liczby wypadków czy pomyłek w pracy. Na przestrzeni lat uregulowania prawne dotyczące zawodu pielęgniarki przeszły znaczącą ewolucję, która jest odzwierciedleniem zmian w znaczeniu roli zawodu we współczesnym porządku prawnym. W momencie uchwalenia ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka zyskała pełną samodzielność w zakresie podejmowanych przez nią czynności.

Samodzielność pielęgniarki przestaje być kwestionowana zarówno w orzecznictwie jak i piśmiennictwie. Każde stanowisko pracy, jego organizacja obejmuje wiele różnych aspektów, zagadnień związanych z określeniem: czasu pracy, godzin rozpoczęcia i zakończenia pracy, zmian roboczych, rozplanowania i długości przerw oraz wiele innych czynników. Czas pracy jest to kategoria prawna określająca organizację, efektywność oraz wydajność pracy. Zwykle czas pracy uzależniony jest od warunków społecznych i ekonomicznych. Odnosi się on do dobowej, tygodniowej oraz miesięcznej normy czasu pracy. Coraz częściej w wielu zakładach wprowadza się elastyczne formy organizacji czasu pracy. Czas pracy jest nierozdzielnie związany z samą pracą, jest formą bytu i warunkiem jej istnienia. W myśl kodeksu pracy, czas pracy to czas w którym pracownik pozostaje do dyspozycji pracodawcy w zakładzie pracy lub innym miejscu, które zostało wyznaczone do wykonywania pracy, wykonując swoje czynności i obowiązki zgodnie z obowiązującymi procedurami i przepisami.

Organizacja pracy w systemie pracy zmianowej i nocnej jest charakterystyczna dla placówek ochrony zdrowia. Szpital jest jedną z najtrudniejszych form organizacyjnych w zapewnieniu warunków pobytu pacjentów ale także pracy i bezpieczeństwa zatrudnionego w nim personelu. W charakterystyce zawodowej aktywności pielęgniarek jest ciągła, nieprzerwana opieka nad pacjentem w szpitalu. Zatem praca zespołów pielęgniarskich w zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej polega na zapewnieniu pacjentom całodobowej opieki w systemie pracy ciągłej. W pracy zawodowej pielęgniarki wpisane są dodatkowe wymagania jakimi są dyżury w różnych systemach zmian.

W większości szpitali praca pielęgniarek polega na zapewnieniu pacjentom całodobowej opieki w systemie pracy ciągłej (przez 24 godziny w ciągu doby, przez 7 dni w tygodniu). Praca taka jest koniecznością zabezpieczenia jednostce, społeczeństwu ważnych wartości jakimi są: życie i zdrowie. W pielęgniarstwie można wyróżnić wiele rozwiązań organizacyjnych pracy zmianowej. Można podzielić je na systemy o stałych zmianach roboczych (stała zmiana ranna, popołudniowa czy nocna), na systemy rotacyjne, które obejmują bądź nie obejmują pracy nocnej oraz na systemy bez lub z pracą w weekendy. Zgodnie z ustalonym harmonogramem, często na zasadach rotacji, w sposób trwały lub tymczasowy, pracownicy wymieniają się między sobą na tych samych stanowiskach. Taki model organizacji pracy wymaga podjęcia pracy w różnych porach dnia i nocy przez określoną liczbę dni lub tygodni.

System pracy pielęgniarek w podmiotach leczniczych ma najczęściej charakter: pracy jednoczłonowej w wymiarze dyżuru, który trwa 7 godzin 35 minut (najczęściej dotyczy to pracowników podstawowej opieki zdrowotnej i kadry kierowniczej zakładów opieki zdrowotnej); pracy dwuczłonowej w wymiarze dyżuru trwającego 12 godzin; pracy trzyczłonowej w wymiarze dyżuru trwającego 8 godzin. System pracy zmianowej, w jakim pracują pielęgniarki, jest bardzo uciążliwy dla wielu osób. Poziom tej uciążliwości jest zależny od indywidualnych możliwości człowieka. W większości, system dwunastogodzinnych dyżu-

row akceptowany jest przez pielęgniarki, lecz z drugiej strony, ze względu na specyfikę zawodu jest on bardzo obciążający. Zatem wszystkie te organizacyjne rozwiązania mają zarówno swoje zalety jak i wady, gdyż nie ma optymalnego systemu pracy zmianowej dogodnej dla wszystkich. Są tylko lepsze albo gorsze rozwiązania, które dotyczą pracy w porze nocnej. Organizacja czasu pracy jest istotnym czynnikiem modyfikującym obciążenie pracą a w konsekwencji wpływającym na zdrowie, samopoczucie, zadowolenie z pracy i jakość życia w pracy i poza nią.

Istotnym uwarunkowaniem pracy pielęgniarki jest to aby praca ta dawała jej zadowolenie, satysfakcję. To system wartości, który jest wpisany w ten zawód dyktuje takie podejście do pielęgniarstwa. W zawodzie pielęgniarki najważniejsze zatem są wartości pozamaterialne czyli współpraca z pacjentem, możliwość zdobywania umiejętności i wiedzy, pomaganie chorym w cierpieniu oraz dobra organizacja i współpraca w zespole, zwłaszcza w systemie pracy zmianowej w porze nocnej. Aby pacjent miał zapewnioną właściwą opiekę na dyżurach nocnych powinna pracować odpowiednia ilość personelu.

Pielęgniarki pracujące na oddziałach o niedostatecznym składzie ilościowym uskarżają się na nadmierne obciążenie pracą, co może uniemożliwiać w większym stopniu sprawowanie całościowej opieki nad pacjentami. Zwykle stanowi to ogromne zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów. Metodą ustalania zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską przyjętą w zakładach opieki zdrowotnej jest kategoryzacja pacjentów oraz analiza świadczeń pielęgniarskich. Na tej podstawie określa się ilość pielęgniarek, które stanowią zespół i jednocześnie zapewniają w ten sposób właściwą opiekę dla pacjenta.

Funkcjonowanie pielęgniarki w środowisku pracy determinuje wiele różnych czynników. Obok fachowych kompetencji istotną rolę odgrywają: emocjonalny stosunek do pełnionej funkcji zawodowej oraz stosunek do pracy, sposoby radzenia sobie z problemami zawodowymi. Do tego wymienia się nadmierne przeciążenie pracą, przestarzały i wadliwy sprzęt, braki kadrowe, niedostatecz-

ne wynagrodzenie, które czynią pracę pielęgniarek bardzo stresującą. Koszt biologiczny człowieka w nocy jest zdecydowanie wyższy niż w dzień.

Praca w nocy, a sen w dzień, to odwrócenie rytmu pracy i wypoczynku, co powoduje desynchronizację wewnętrznych rytmów biologicznych. Praca zmianowa zaburzając codzienny tryb życia pielęgniarek staje się czynnikiem, który może prowadzić do zawodowych błędów, urazów i stanowi zagrożenie dla wystąpienia wypadków w środowisku pracy. Pielęgniarki zobowiązane są do pracy zmianowej. Skutki pracy zmianowej najczęściej rozpatruje się jako skutki: socjologiczne, biologiczne i zdrowotne. Skutki socjologiczne pracy zmianowej dotyczą życia prywatnego pracowników. Wykonywanie pracy w nocy a odsypianie w porze dnia to utrudnienie dla aktywnego uczestnictwa w życiu rodzinnym, społecznym i politycznym. Często obserwowane są ograniczenia w aktywności takie jak: gry towarzyskie, spacer, imprezy sportowe, imprezy kulturalne (teatr, kino). Krąg znajomych z konieczności zawęża się do koleżanek, kolegów z pracy, bo zwykle obserwuje się naturalne ograniczenie kontaktów towarzyskich. Odwrócenie cyklu aktywności dobowej wywołuje u pielęgniarek zmianowych poczucie izolacji społecznej.

Praca zmianowa przyczynia się do znacznego utrudnienia kontaktów rodzinnych. Czas przeznaczony na wypocznik po nocnym dyżurze zwykle oznacza skrócenie czasu poświęconego rodzinie, dzieciom, co może wpływać na pogarszanie się kontaktów z domownikami. Właściwe warunki zapewniające dobry sen, odpoczynek, wymuszają od członków rodziny ograniczenie ich aktywności. Natomiast rezygnacja z odpoczynku w ciągu dnia lub jego ograniczenie przez pracownika zmianowego wcale nie poprawia sytuacji, ponieważ często wywołuje nerwowość, zmęczenie, zniecierpliwienie i niechęć do wykonywania jakichkolwiek prac domowych. Wszystko to sprzyja nasilającym się konfliktom.

Często stres prowadzi do negatywnych następstw emocjonalnych: lęk, depresja, zakłócenie uwagi i procesu podejmowania decyzji, niezadowolenie z siebie oraz nadużywanie alkoholu i nikotyny. Stres zawodowy często wpływa nie tylko na

satisfakcję zawodową, ale także na satisfakcję życiową. Zwykle u człowieka zmęczonego obserwuje się niekontrolowane przerwy w działaniu, niepewność, pośpiech na przemian ze spowolnieniem, pojawia się coraz więcej błędów, tempo pracy maleje, postać człowieka staje się przygarbiona a twarz przybiera postać maski. Stres jak i przeciążenie pracą w sytuacji pracy zmianowej prowadzą w swych skutkach do braku satisfakcji zawodowej (człowiek wiecznie niezadowolony), depresji i wypalenia zawodowego, zaburzeń snu oraz zwiększonej częstotliwości występowania chorób sercowo-naczyniowych (choroby wieńcовой i nadciśnienia tętniczego).

Występowanie schorzeń i zaburzeń czynności przewodu pokarmowego choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy jest również związane ze stresem zawodowym.

Do obciążenia warunkami pracy nocnej zalicza się również zmęczenie, dominujące uczucie senności w ciągu dnia oraz trudności w zasypianiu. Częstość zaburzeniami związanymi z wykonywaniem pracy zmianowej są zaburzenia w sferze emocjonalnej. Do objawów tych zaburzeń zalicza się: wzmożoną nerwowość, zmiany nastroju, roztargnienie, brak podzielności uwagi, które niekorzystnie wpływają na stan bezpieczeństwa pracy. Taki pracownik (dotknięty tymi objawami) sprawia pracodawcy trudności organizacyjne. U pielęgniarek zmianowych przy kumulacji zmęczenia (praca bez dostatecznego wypoczynku) może rozwijać się stan zmęczenia przewlekłego. Wykonywanie nawet prostych czynności domowych poza pracą nocną staje się trudne.

Głównym celem prowadzonych badań było zdobycie wiedzy dotyczącej wpływu pracy zmianowej na zaburzenia snu wśród pielęgniarek. Jednym z zawodów ściśle związanych z systemem pracy zmianowej jest pielęgniarstwo. Badania zostały przeprowadzone na przełomie grudnia 2012 r. i stycznia 2013 r. Objęto nimi grupę 200 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w oddziałach Szpitala Wojewódzkiego nr 2 im. Św. Jadwigi Królowej w Rzeszowie. Zebrane informacje pozwoliły na podjęcie analizy ilościowej i jakościowej tej pracy. Narzędziem badawczym był kwestiona-

riusz ankiety a jej uzupełnieniem był arkusz z pytaniami stanowiącymi Ateńską Skalę Bezsenności, który należy do najczęściej stosowanych skal standaryzowanych. Odpowiedzi na wszystkie pytania zawarte w ankiecie pozwoliły na wyjaśnienie głównego problemu niniejszej pracy.

Spośród 200 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w systemie zmianowym, 128 osób (64% badanej grupy) pracuje na oddziale zabiegowym, natomiast pozostałe 72 osoby (36% badanej grupy) na oddziale innym niż zabiegowy. Analiza ankiet wykazała, że 64 osoby (32% badanej grupy) w systemie zmianowym pracują do 5 lat, 35 osób (17,5% badanej grupy) w systemie zmianowym pracuje od 6 do 10 lat, kolejnych 52 ankietowanych (26,0% badanej grupy) 11-20 lat oraz 49 osób (24,5% badanej grupy) powyżej 20 lat.

Osoby wykonujące pracę w nietypowych godzinach i porach doby często narażone są na uciążliwości związane z nienaturalnym funkcjonowaniem ich organizmu zaburzeniami dobowego rytmu. 52,5% ankietowanych pielęgniarek wskazało na chroniczne zmęczenie jako główną, negatywną konsekwencję pracy w systemie zmianowym. W grupie głównych problemów związanych z pracą w porze nocnej pielęgniarki wymieniły zwiększony poziom stresu (60,0%). Do najczęstszych problemów związanych z systemem pracy zmianowej ankietowani zaliczyli spadek koncentracji (72,5%). Konsekwencją tego są często popełnianie błędy, które stają się przyczyną zwiększonej częstotliwości występowania wypadków przy pracy. Do innych problemów związanych ze zmianowym charakterem pracy badane pielęgniarki wskazały w 39,0% na osłabienie umiejętności psychoruchowych, a 33,5% z nich skarżyło się na trudności w podejmowaniu decyzji (logicznym myśleniu). Do najczęściej odczuwalnych zmian psychomotorycznych zaliczono: bezradność (33,5% badanych) oraz agresję (26,0% ankietowanych).

Zaburzenia snu są bez wątpienia najistotniejszym problemem osób pracujących w systemie zmianowym. Zaburzenia te mają swoje odzwierciedlenie we wszystkich sferach życia codziennego. Problemy ze snem ma aż 50,0% ba-

danych pielęgniarek, zaburzenia snu objawiające się bezsennością 52,0% ankietowanych pielęgniarek a 27,0% osób twierdzi, że wyraźne skrócenie snu lub też jego brak przed dyżurem nocnym powoduje u nich nadmierną senność. Oprócz typowych skutków pracy zmianowej z jakimi borykają się pielęgniarki nie należy zapominać o tych zaburzeniach, które dotyczą sfery życia rodzinnego i społecznego. Zaburzenia te mogą zrujnować życie prywatne i zawodowe człowieka. Istnieją znaczne

różnice w podatności na zakłócenia organizmu wywołane zmianowym charakterem pracy. Różnice te dotyczą także tolerancji na pozazdrowotne konsekwencje pracy zmianowej. Jedyne 10,0% pracowników akceptuje pracę zmianową, 20,0% porzuca pracę w tej formie ze względów zdrowotnych, a pozostałe 70,0% toleruje tę formę wykonywania pracy przez cały czas swojej zawodowej aktywności przy jednoczesnym częstym odczuwaniu nasilonych, różnych dolegliwości.

Reasumując, przeprowadzone badania pozwalają stwierdzić, że praca w systemie zmianowym rodzi szereg negatywnych konsekwencji. Konsekwencje te dotyczą zarówno zdrowia pracowników jak i sfery ich życia rodzinnego i społecznego. Praca o charakterze zmianowym powoduje przede wszystkim zaburzenia snu, a nie należy zapominać, że jego jakość ma determinujące znaczenie dla funkcjonowania organizmu człowieka.

*mgr Edyta Niemczyk*

## Ocena rozwoju dziecka jako działania profilaktyczne pielęgniarki

W dobie przemian w ochronie zdrowia działania oceniające rozwój psychofizyczny dziecka mogą stać się domeną - zadaniem pielęgniarki, szczególnie w POZ i wpisywać się w tak ważne dla zdrowia działania profilaktyczne. Ogrom zadań jaki co roku dokładany jest lekarzowi rodzinnemu powoduje coraz krótszy czas wizyty pacjenta w gabinecie lekarza i nie zawsze dokładną ocenę rozwoju dziecka. Dlatego wspólne działania pielęgniarki i lekarza na rzecz profilaktyki są jak najbardziej zasadne. Osobą, która jako pierwsza „widzi” i może ocenić poziom rozwoju malucha przed badaniem lekarskim jest pielęgniarka, dokonująca pomiarów masy ciała, wzrostu, czy obwodu głowy. Dane te służą do ustalenia wartości centyla na siatce centylowej i postawienie wniosku o stopniu rozwoju dziecka w stosunku do poziomu rozwoju rówieśników. Siatka centylowa to jedna z metod oceny rozwoju dziecka w zależności od płci, uwzględniająca wiek i określony parametr. Na siatce centylowej norma rozwojowa mieści się pomiędzy 3 a 97 centylem bez względu na to, czy dotyczy wzrostu, masy ciała czy obwodów głowy. 3 centyl oznacza, że jest to dziecko niskie, szczupłe a 97 centyl dziecko wysokie, z większą masą ciała. Tzw „średnia populacyjna”, to 50 centyl. Oznacza, że połowa rówieśników posiada większą ocenę a połowa mniejszą niż 50 centyl. Ocenę rozwoju dziecka wg siatki centylowej dokonuje się okresowo do 18 roku życia. Harmonijny roz-

wój oznacza, że dziecko podczas rozwoju osiąga tę samą wartość centyla przez cały okres adolescencji. W sytuacji gdy podczas kolejnego pomiaru okazują się, że dziecko przeskoczyło więcej niż jeden kanał na siatce centylowej, jego rozwój może być z różnych przyczyn zaburzony. Ocena taka pozwala podjąć kroki do rozpoznania patologii i wdrożenia ewentualnych zachowań korekcyjnych wskazanych przez specjalistów.

Do oceny rozwoju dziecka poza siatkami centylowymi służy ocena osiągnięcia kroków milowych rozwoju w pierwszych 12 miesiącach życia malucha. Ten pierwszy rok życia dziecka, to okres szczególnego rozwoju małej i dużej motoryki, która daje podwaliny do prawidłowego funkcjonowania dziecka w przedszkolu, szkole a później w dorosłym życiu.

1 krok - reagowanie na otoczenie, pierwszy uśmiech społeczny - 2 miesiąc życia

2 krok - głuźnienie - dźwięki gardłowe typu: gu, gla, klu, ku - 3-4 miesiąc

3 krok - podnoszenie głowy i klatki piersiowej - układanie dziecka na brzuszku powoduje ciągłe ćwiczenie mięśni karku, klatki piersiowej i kończyn górnych, w wyniku którego około 3-4 miesiąca dziecko potrafi wspierać się na przedramionach i wysoko unieść głowę do góry by dokładnie obserwować otoczenie

4 krok - chwytanie, początkowo chwyt nakrywkowy, czyli chwytanie przedmiotu bez przeciwstawiania kciuka, dzie-

cko chwytając nakrywa palcami przedmiot, później chwyt z użyciem kciuka ok 6 miesiąca życia, a w dalszej kolejności chwyt pensetkowy, z użyciem palca wskazującego i kciuka

5 krok - przewrotki - od 6 miesiąca życia dziecko poruszając się nieświadomie dokonuje przewrotów z pleców na brzuszki i odwrotnie, najpierw jest zdziwione swoją sprawnością, a później udoskonalając ją uczyni wszystko aby przemieścić się do interesującej zabawki czy innego przedmiotu leżącego w polu jego zainteresowania

6 krok - dziecko udoskonalając swój własny aparat dźwiękowy około 6 miesiąca życia przekształca głuźnienie w gaworzenie zaczynając naśladować otoczenie i składać dźwięki np. ma-ma-ma, ba-ba, ta-ta ale jeszcze nie potrafi przyporządkować słów do konkretnych osób. Natomiast obserwuje się jego wspaniałą zabawę dźwiękami.

7 krok - raczkowanie - najpierw dziecko około 6 miesiąca życia rozpoczyna pełzanie czyli wykorzystuje do przemieszczania się ramiona rąk, a z upływem czasu zdaje sobie sprawę, że można dodatkowo pomóc sobie pracą nie tylko rąk, ale i nóg naprzemiennie i szybciej uzyskać to, co znajduje się w jego polu widzenia np. błyszczący przedmiot. To naprzemiennie ćwiczenie rąk i nóg powoduje prawidłowe wykształcenie się połączeń mózgowych, prawidłową koordynację widzenia obuocznego oraz słuchu. Jest



to podstawa do wykształcenia prawidłowych umiejętności szkolnych.

8 krok - około 8-9 miesiąca życia dziecko uczy się samodzielnie siadać. Nie należy przyspieszać tej umiejętności (wszystko zależy od wykształcenia siły mięśniowej). Jest to pozycja, która daje dziecku wiele satysfakcji. Wszystko jest widoczne a dodatkowo siedząc można wykorzystać ręce do zapoznania się np. z nową zabawką lub podjąć próbę samodzielnego zjedzenia kawałka jabłka, ciasteczka, chleba czy trzymać kubeczek z pićm.

9 krok - przyjmowanie pozycji stojącej przy np. meblach, w łóżeczku. Dziecko zaczyna wstawać trzymając się rączkami, próbuje przemieszczać się stawiając nóżkę do nóżki bokiem.

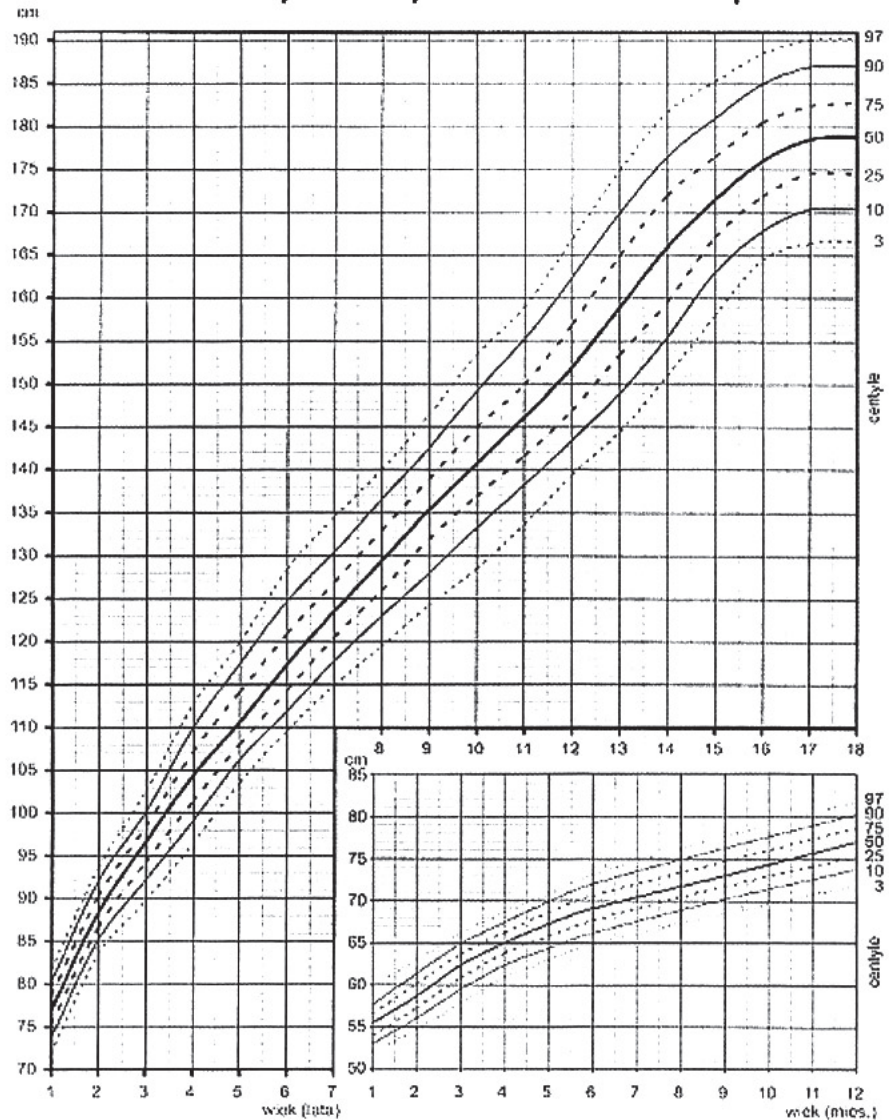
10 krok - około 9-10 miesiąca życia dziecko zaczyna reagować na własne imię oraz wypowiada pojedyncze słowa ze zrozumieniem, rozpoznaje siebie w lustrze.

11 krok - około 12-13 miesiąca życia dziecko stawia pierwsze kroki, które początkowo są nieporadne, ale z każdym dniem coraz bardziej doskonałe, aż niespodziewanie maluch zaczyna samodzielnie bez pomocy chodzić. Specjaliści podają, że dziecko samodzielnie doskonali chodzenie do 18 miesiąca życia, i samo nabędzie tę umiejętność gdy będzie gotowe i dojrzałe. Każde osiągnięcie kamienia milowego jest ważną informacją o rozwoju dziecka.

4 kamienie milowe rozwojowe dotyczące: podnoszenia głowy, raczkowania, siadania i wstawania powodują kształtowanie się poprawnych krzywizn kręgosłupa u dziecka. Dziecko rodzi się z kręgosłupem w kształcie litery C, a uzyskanie kolejnych kamieni milowych rozwoju powoduje prawidłowe ukształtowanie kręgosłupa w literę S. Kolejna ocena rozwoju dziecka dotyczy stwierdzenia występowania prawidłowości lub patologii odruchów pierwotnych. Ich obecność oraz zanikanie w określonych miesiącach życia, pozwala ocenić prawidłowości wykształcenia i funkcjonowania układu nerwowego dziecka. Odruchy pierwotne powinny zaniknąć ok 6 miesiąca życia i są podstawą do dalszego rozwoju oraz powstawania nawyków kontrolnych. Kiedy odruchy kontrolne nie zanikają może to świadczyć o pato-

### Przykład siatki centylowej

#### Siatka centylowa wysokości ciała chłopców



logii w obrębie układu nerwowego oraz w późniejszym okresie w funkcjonowaniu dziecka w przedszkolu, szkole i życiu dorosłym.

1. Odruch Moro (przestrachu lub inaczej nazwany odruchem obejmowania) – to gwałtowna reakcja dziecka na bodziec powoduje wyrzut rąk na boki a później przygięcie do klatki piersiowej z zaciskaniem palców. Przetrwwały odruch powoduje, że dziecko będzie wrażliwe na hałasy, zaleknione.

2. Odruch Palmara (dłoniowo chwytnej), polega na tym, że dziecko zaciska dłoń pod wpływem naszego dotyku. Odruch ten przygotowuje dłoń dziecka do chwytania i trzymania przedmiotów.

Przetrwwały odruch może skutkować zaburzeniem rozwoju małej motoryki.

3. Asymetryczny toniczny odruch szyjny – ATOS (szermierczy). Odruch ten polega na tym, że dziecko odwróci głowę w jedną ze stron, to po tej samej stronie prostuje kończyny, a po stronie przeciwnej pozostawia ugięte. Odruch ten zanikając umożliwia rozwój takich umiejętności jak pełzanie i raczkowanie. Przetrwwały odruch ATOS może powodować trudności z równowagą i chodzeniem.

4. Odruch szukania. Podczas delikatnego podrażnienia kącika ust, dziecko odwraca głowę w kierunku bodźca oraz wysuwa języczek. Pozwala mu to na pra-

widłowe spożywanie mleka. Przetrzywały odruch szukania może powodować nadwrażliwość okolic ust oraz nadmierne ślinienie się nawet do okresu szkolnego.

5. Odruch grzbietowy - Galanta. Polega na tym, że dziecko leżące na brzuszku odwraca biodra o ok. 45° w stronę, gdzie czuje nasz dotyk. Przetrzywały odruch może skutkować skrzywieniem kręgosłupa oraz trudnościami z prawidłową postawą.

6. Odruch kroczenia - gdy podtrzymamy dziecko pod pachy, prostuje nóżki i wykonuje ruchy podobne do stawiania kroków. Odruch ten zanikając daje podwaliny do umiejętności chodzenia.

7. Odruch Babińskiego. - Drażniąc dziecko pod stopą, prostuje i wachlarzowo rozczapierza palce u stóp. Odruch za-

nika do 2 roku życia, a jego pozostałość to łaskotki pod stopą.

Wymienione wyżej sposoby oceny rozwoju dziecka są proste i nie wymagają nakładów finansowych. Może je wykorzystać każda pielęgniarka, która ma kontakt z dziećmi w okresie adolescencji. Jesteśmy grupą zawodową tzw. zaufania publicznego, do której często zwracają się ludzie po poradę w każdej sytuacji zdrowia i choroby. Dlatego też powinniśmy jako wysokiej klasy profesjonalści określać prawidłowości lub rozpoznawać patologię rozwojową w okresie adolescencji wszystkich dzieci, a tym samym aktywnie uczestniczyć w działaniach profilaktycznych. Mam nadzieję, że moje wskazówki okażą się drogowskazem i pozwolą pielę-

niarkom na samodzielną ocenę okresu rozwojowego dzieci. Każde rozpoznanie patologii i szybka interwencja może zapobiec poważnym konsekwencjom w dalszym funkcjonowaniu dziecka. Życzymy sobie by każde dziecko rozwijało się prawidłowo, bez zaburzeń, a działania profilaktyczne pielęgniarki przyczyniały się do potęgowania zdrowia w populacji dziecięcej.

*mgr Emilia Kłós*

*Konsultant Wojewódzki w dziedzinie  
pielęgniarstwa pediatricznego*

*Literatura u autora*

## Cukrzyca, praktyczne wskazówki - dziecko idzie do szkoły

Cukrzyca jest zaburzeniem wynikającym zarówno z predyspozycji genetycznej, jak i z czynników środowiskowych. Charakteryzuje się zmienionym metabolizmem węglowodanów, białek i tłuszczów, czego przyczyną jest względny niedobór wydzielanej insuliny oraz różnego stopnia insulino-oporność.

W szkole dzieci nie tylko uczą się, ale są pod opieką. Pedagodzy przygotowują je do życia w społeczeństwie, kształtują postawy sprzyjające zachowaniu zdrowia. Szkoła to dla dzieci i młodzieży drugi dom, dlatego wszyscy pracownicy szkoły powinni starać się stworzyć takie warunki, by dzieci z cukrzycą miały poczucie bezpieczeństwa oraz oparcia w osobach nie tylko życzliwych, ale też kompetentnych w sprawach ich zdrowia. Niezwykle ważna dla samopoczucia i zdrowia jest także akceptacja ze strony kolegów.

Wiedza na temat cukrzycy nauczycieli, kolegów i koleżanek ze szkoły daje dziecku choremu na cukrzycę większą szansę na poczucie się bezpiecznym, akceptowanym i rozumianym przez środowisko, w którym przebywają. Dlatego też wskazana jest stała współpraca mię-

dzy zespołem diabetologicznym zajmującym się dzieckiem chorym na cukrzycę a zespołem szkolnym (nauczyciele, pielęgniarki szkolne, rówieśnicy). Współpraca mogłaby polegać na sporządzeniu listy szkół, do których uczęszczają chore dzieci z danego ośrodka diabetologicznego na nawiązaniu kontaktu telefonicznego z pielęgniarką szkolną bądź wychowawcą, na ustaleniu terminu warsztatów diabetologicznych dla personelu szkoły oraz, w ramach edukacji prozdrowotnej, zorganizowaniu pogadanek, konkursów dla uczniów szkoły.

### **Wskazówki dla nauczycieli**

1. Ochrona dziecka przed poczuciem inności przez zapewnienie mu w ramach szkolnej rutyny możliwości dbania o chorobę w warunkach zbliżonych do naturalnych, np. dziecko może zjeść posiłek w dowolnym czasie, ale także jada z innymi dziećmi szkolne obiady, ma stworzone warunki prywatności do zbadania glikemii, podania zastrzyku z insuliny.

2. Zachęcanie dziecka do stopniowego przyjmowania odpowiedzialności za niektóre czynności ważne w leczeniu cukrzycy.

3. Pozwolenie dziecku na wychodzenie do toalety poza przerwami szkolnymi, co może być istotne w przypadku wysokich poziomów glukozy we krwi.

4. Zawiadomienie rodziców z wyprzedzeniem o okolicznościach, do których dziecko powinno się dodatkowo przygotować, np. wycieczka szkolna, zawody sportowe.

5. Zachęcanie dziecka do pełnego udziału we wszystkich przejawach życia społecznego, sportowego, naukowego.

6. Pozwolenie na dodatkowe zjedzenie posiłku przed wychowaniem fizycznym lub w przypadku zagrożenia hipoglikemią.

7. Zrozumienie, że dziecko, wskutek przebytej hipoglikemii, może osiągnąć gorsze wyniki podczas sprawdzianu pisemnego czy odpowiedzi ustnej.

8. Zachęcanie dziecka (szczególnie dzieci młodszych) do jedzenia wszystkiego, co miało przewidziane na dany posiłek.

9. Zabezpieczenie w klasie produktów węglowodanowych szybko wchłanianych, np. kostki cukru, płynna glukoza, glukoza prasowana.

10. Pamiętanie, że w czasie hipoglikemii lub po epizodzie niedocukrzenia

dziecko nie powinno być pozostawione samo.

11. Umożliwienie dziecku wykonania badania poziomu cukru za pomocą glukometru podczas zajęć lekcyjnych.

12. Zrozumienie, że najlepszym, będącym w zasięgu ręki „ekspertem” w chorobie jest samo dziecko i jego rodzice.

13. Organizowanie dla uczniów spotkań z lekarzem, pielęgniarką, dietetykiem.

14. Urządzenie w pokoju nauczycielskim kącika informacyjnego na temat cukrzycy, np. powieszenie informacji z objawami hipoglikemii, instrukcji podania glukagonu.

15. Utrzymywanie stałego kontaktu telefonicznego z rodzicami dziecka chorego na cukrzycę.

### **Wskazówki dla rodziców chorego dziecka do rozmowy z wychowawcą klasowym**

1. Przekazanie informacji ustnej o chorobie dziecka - w rozmowie powinno uczestniczyć dziecko.

2. Dostarczenie pisemnej informacji dotyczącej rozpoznawania zmiennych objawów rozwijającej się hipoglikemii, postępowania z dzieckiem w razie jej wystąpienia, postępowania przed, w trakcie i po wysiłku fizycznym na lekcji wychowania fizycznego (informacje takie są przygotowane przez zespoły diabetologiczne w poradniach i oddziałach diabetologicznych).

3. Dostarczenie pisemnego zaświadczenia od lekarza prowadzącego z poradni diabetologicznej o terapii cukrzycy (metoda podawania insuliny, rodzaj i dawka insuliny, odżywianie - wymieniki pokarmowe w pożywieniu, współistniejące choroby np. celiakia).

4. Przekazanie materiałów informacyjnych o odżywianiu w przypadku cukrzycy z ustalonym planem posiłków (jeżeli dziecko je obiady w szkole, najlepiej żeby to była stała pora każdego dnia, ale nie za wcześnie, by czas upływający do następnego wstrzyknięcia nie był zbyt długi przy stosowaniu terapii wielokrotnych wstrzyknięć).

5. Ustalenie z personelem szkoły, na ile dziecko potrzebuje pomocy np. przypomnienia o zjedzeniu drugiego śniadania, badaniu glikemii na glukometrze, podaniu insuliny.

6. Zaopatrzenie dziecka w dodatkowy zestaw potrzebny w szkole, dostępny dla dziecka i pracowników szkoły:

- zestaw z glukagonem,
- szczegółowa instrukcja podania glukagonu,
- materiały edukacyjne w formie broszury informacyjnej dla nauczycieli, plakaty,
- płynna glukoza, glukoza prasowana,
- pudełko pasków do mierzenia glikemii na glukometrze,
- pen z analogiem insuliny szybko działającej, pen z insuliną krótko działającą (jeżeli dziecko jest leczone metodą intensywnej insulinoterapii i wymaga podania insuliny w porze obiadu),
- pen z analogiem insuliny szybko działającej, jeżeli dziecko stosuje osobistą, podskórną pompę insulinową,
- kartka, na której są wpisane dane dziecka (imię i nazwisko, adres, telefon do rodziców, telefon do poradni diabetologicznej, w której dziecko się leczy, telefon do lekarza prowadzącego).

### **Działania pielęgniarki szkolnej wobec ucznia z cukrzycą**

1. Obserwacja:
  - rozwoju fizycznego dziecka (prawidłowa masa ciała względem wzrostu),
  - właściwego odżywiania opartego na przeliczaniu węglowodanów w danym produkcie (zapobieganie otyłości),
  - regularnego wysiłku fizycznego (uczestniczenie w zajęciach wychowania fizycznego),
  - higieny ciała, pielęgnacji jamy ustnej,
  - występowania powikłań ostrych - zagrażających życiu, oraz późnych - prowadzących do kalectwa.
2. Rozmowa indywidualna z chorym uczniem lub z grupą uczniów na temat:
  - samokontroli choroby,
  - zapobiegania ostrym i późnym powikłaniom cukrzycy,
  - szkodliwości palenia tytoniu, picia alkoholu, brania narkotyków,
  - funkcjonowania w grupie,
  - relacji uczeń - nauczyciel.

3. Przeprowadzenie w klasach, do których uczęszczają uczniowie z cukrzycą, lekcji informacyjnej z zakresu istoty choroby:

- poinformowanie o sposobie udzielenia pierwszej pomocy w chwili wystą-

pienia ciężkiego niedocukrzenia (pokaz podania glukagonu),

- zapoznanie uczniów ze sprzętem do podawania insuliny (wstrzykiwacze typu pen, osobiste, podskórne pompy insulinowe),
- wykonanie uczniom pomiaru glikemii na glukometrze.

4. Przekazanie informacji o chorobie radzie pedagogicznej:

- przeprowadzenie szkolenia z zakresu istoty choroby, leczenia, samokontroli,
- omówienie zagrożeń związanych z chorobą, które mogą wystąpić w szkole, np. hipoglikemia,
- dostarczenie materiałów edukacyjnych w formie broszur, informacji dla nauczycieli, plakatów,
- urządzenie kącika informacyjnego w pokoju nauczycielskim - powieszenie na tablicy zdjęć dzieci z cukrzycą, plakatu z objawami niedocukrzenia i instrukcji podania glukagonu.

5. Współpraca z rodzicami poprzez:

- zaproszenie na organizowane pogadanki o tematyce zdrowotnej w czasie spotkań semestralnych,
- korespondencję listowną,
- rozmowę przy okresowych badaniach profilaktycznych.

Leczenie dziecka chorego na cukrzycę powinno zapewnić mu zdrowie uwarunkowane dobrym samopoczuciem, pełną sprawnością fizyczną i intelektualną oraz stworzyć możliwość uczestniczenia we wszystkich rodzajach aktywności dziecięcej na równi z kolegami i koleżankami. Szkoła w życiu każdego dziecka jest instytucją znaczącą. Ważne jest, żeby personel szkoły wiedział o chorobie dziecka i potrafił właściwie postępować w sytuacjach zagrażających życiu dziecka.

Współczesne systemy oświaty obejmują nauczaniem wszystkie dzieci poprzez zapewnienie każdemu warunków do osiągnięcia optymalnych wyników w zakresie zdobywania wiedzy, umiejętności i sprawności oraz warunków wszechstronnego rozwoju.

W 2008 roku w Ministerstwie Edukacji Narodowej zainicjowane zostały prace mające na celu przygotowanie nauczycieli oraz tworzenie w szkołach i przedszkolach warunków do nauki dla dzieci przewlekle chorych. Jest to grupa

dzieci, których choroba stwarza czasami pewne ograniczenia, wymaga udzielenia pomocy lub zapewnienia określonych warunków, ale nie może być powodem dyskwalifikacji czy odmowy pełnoprawnego uczestnictwa w procesie edukacji. W Centrum Metodycznym Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej od wielu lat podejmowane są działania na rzecz włączenia w nurt powszechnie dostępnej edukacji wszystkich dzieci, również niepełnosprawnych, chorych i z różnego typu specjalnymi potrzebami edukacyj-

nymi. Jedną z takich inicjatyw jest seria wydawnicza „One są wśród nas”, która ma na celu przygotowanie nauczycieli do pracy z dziećmi o specjalnych potrzebach edukacyjnych.

Biblioteka Cyfrowa Ośrodka Rozwoju Edukacji [www.bc.ore.edu.pl/dlibra/collectiondescription?dirids=20](http://www.bc.ore.edu.pl/dlibra/collectiondescription?dirids=20)

„One są wśród nas” - seria książeczek poświęconych problemom dzieci przewlekle chorych.

Polska Federacja Edukacji w Diabetologii [www.pfed.org.pl](http://www.pfed.org.pl)

Broszury: „Dziecko z cukrzycą w środowisku nauczania”, „Opieka pielęgniarki szkolnej nad uczniem z cukrzycą”.

Ogólnopolska Federacja Organizacji Pomocy Dzieciom i Młodzieży Chorym na Cukrzycę [www.diabetycy.eu](http://www.diabetycy.eu)

Broszury: „Mam cukrzycę. Idę do nowej szkoły”, „Życie cukrem pisane”.

*Alicja Szewczyk*

## IV Ogólnopolski Kongres Położnych

W dniach 21–22.11.2014 r. w Warszawie odbył się IV Ogólnopolski Kongres Położnych skupiający wielu specjalistów w dziedzinie opieki nad kobietą i noworodkiem. Tematem przewodnim były „Obowiązki położnej wg standardu opieki okołoporodowej”. Kongres otworzyła Przewodnicząca Polskiego Towarzystwa Położnych dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus wykładem inauguracyjnym: „Transkulturowe podejście do opieki położniczej”. Uczestnicy brali również udział w warsztatach dotyczących metod opieki okołoporodowej, oraz sposobu wspomagania rozwoju dziecka.

Kongres dużo uwagi skupił wokół laktacji – jak wspomagać młode matki?

Laktacja jest „złożonym procesem metabolicznym sterowanym na drodze odruchów nerwowo – hormonalnych”. Na wytwarzanie mleka mają wpływ wszystkie hormony kontrolujące ogólną przemianę materii. Najbardziej bezpośrednio proces ten regulują hormony steroidowe produkowane przez łożysko i jajnik oraz prolaktyna i oksytocyna, uwalniane z przysadki mózgowej.

Pierwsze dni po porodzie to trudny czas, gdy matka i dziecko opanowują trudną sztukę karmienia, ucząc się siebie. Położne opiekujące się matką i dzieckiem muszą wykazać się dużą cierpliwością, zrozumieniem, kompetencją w działaniach na rzecz karmienia piersią. Mając na uwadze pokarm kobiecy,

jako substancję niezwykłą, idealną dla rozwoju dziecka należy motywować każdą kobietę do karmienia piersią. Pokarm zmienia swój skład w zależności od wieku dziecka, pory dnia, sposobu ssania, a nawet klimatu. Jest naturalną ochroną organizmu, wspomaga jego dojrzewanie i chroni przed chorobami.

Z dużym zainteresowaniem uczestnicy przyjęli wykład mgr Marty Zarajczyk, która zwróciła uwagę na wpływ prawidłowego żywienia kobiet ciężarnych i karmiących na zdrowie matki i dziecka. Zarówno niedobory pokarmowe, jak i nadmierne żywienie mogą mieć negatywny wpływ na przebieg ciąży oraz laktację. Obecnie nie stosuje się określenia „dieta matki karmiącej”. Kobieta karmiąca piersią powinna ustalić sposób żywienia zgodny z piramidą zdrowego żywienia; jeść wszystko i tylko w momencie, gdy u dziecka wystąpią objawy alergii, zacząć szukać winowajcy i wyeliminować alergen z żywienia. Wytyczne dotyczące prawidłowego żywienia kobiet w okresie karmienia piersią powinny zawierać się w dziesięciu podstawowych zaleceniach:

1. Należy dbać o dobór różnorodnych pokarmów.
2. Należy dbać o odpowiedni przyrost masy ciała, unikać nadwagi i niedowagi.
3. Spożywać pieczywo pełnoziarniste.
4. Pić mleko chude i wybierać jego niskotłuszczowe produkty.

5. Spożywać codziennie mięso, ale z ograniczeniem.

6. Należy spożywać duże ilości warzyw i owoców.

7. Ograniczyć tłuszcze, szczególnie pochodzenia zwierzęcego i jak najczęściej zastępować je tłuszczami nienasyconymi.

8. Ograniczyć spożywanie słodczy.

9. Wyeliminować, a przynajmniej ograniczyć spożywanie soli.

10. Zrezygnować z używek: alkohol, kawa naturalna, papierosy, środki psychotropowe.

Dobrze dobrane składniki pokarmowe dla kobiet w okresie ciąży i karmienia piersią, wpłyną pozytywnie na zdrowie matki i dziecka w przyszłości. Zdrowe, dobrze rozwijające się dzieci to w każdym kraju wartość największa.

*W-ce Przewodnicząca  
Okregowej Rady Pielęgniarek  
i Położnych w Krośnie  
mgr Krystyna Krygowska*

# Flora fizjologiczna pochwy u kobiety. Udział wybranych patogenów alarmowych w zakażeniach szpitalnych

Obecnie największe zagrożenie epidemiologiczne stanowią:

**Pałeczki z rodziny Enterobacteriaceae wytwarzające karbapenemazy klasy A KPC, Klebsiella pneumoniae KPC, klasy D OXA-48, metallo-beta-laktamazy klasy B MBL typu NDM, VIM lub IMP**

## DEFINICJA karbapenemazy

Są to enzymy mające zdolność hydrolizy karbapenemów (imipenem, meropenem, ertapenem, doripenem) tzw. leków „ostatniej szansy” w leczeniu ciężkich zakażeń wywołanych przez pałeczki Gram-ujemne. Ponadto beta - laktamazy typu KPC rozkładają wszystkie a MBL niemal wszystkie pozostałe antybiotyki beta-laktamowe.

**KPC stanowią najniebezpieczniejszy z dotychczas opisanych mechanizmów oporności bakterii chorobotwórczych na leki, ponieważ:**

Brak jest antybiotyków o udowodnionej skuteczności w leczeniu zakażeń wywołanych przez szczepy wytwarzające KPC.

Brak jest antybiotyków w II i III fazie badań klinicznych, które mogłyby być skuteczne w leczeniu tych zakażeń.

Oprócz KPC szczepy bakterii często wytwarzają też inne (3-laktamazy, np. ESBL co podnosi ich poziom oporności na (3-laktamy).

Oporności na p-laktamy z reguły towarzyszy oporność na inne antybiotyki -większość aminoglikozydów, fluorochinolony, kotrimoksazol, tetracykliny.

Zakażeniom wywołanym przez szczepy KPC+ towarzyszy wysoka śmiertelność (np. w przypadku Klebsiella pneumoniae KPC+ może sięgać 50%).

Szczepy K. pneumoniae KPC+ mogą posiadać podwyższony potencjał epidemiczny; zidentyfikowano szczep, tzw. K. pneumoniae ST258 KPC+, szybko rozprzestrzeniający się w USA, Izraelu, Grecji, Polsce, krajach skandynawskich - okreśłany mianem szczepu „hiperepidemicznego”.

Geny kodujące karbapenemazy KPC są zlokalizowane na plazmidach, co ułatwia ich przekazywanie od szczepu do szczepu bakteryjnego.

K. pneumoniae i inne pałeczki Enterobacteriaceae KPC+ są trudne do eradykacji ze względu na rezerwuar w „przewodzie pokarmowym”, w którym mogą utrzymywać się niezauważone przez długi czas.

K. pneumoniae jest drobnoustrojem otoczkowym, a więc szczególnie niebezpiecznym u noworodków i niemowląt, a także u osób w podeszłym wieku.

Trudna jest identyfikacja szczepów Enterobacteriaceae KPC+ w laboratorium mikrobiologicznym w rutynowej diagnostyce.

Karbapenemazy KPC najczęściej obserwowujemy u K. pneumoniae, a następnie u Klebsiella oxytoca, Enterobacter spp., rzadziej u innych pałeczek Enterobacteriaceae (np. Escherichia coli, Citrobacter freundii, Serratia marcescens, Salmonella enterica). Ostatnio opisano pojawienie się KPC też u pałeczek Pseudomonas (P. aeruginosa i P. putida).

Wiele informacji podanych wyżej odnosi się również do szczepów pałeczek Gram-ujemnych wytwarzających inny rodzaj karbapenemaz, tzw. MBL

W szpitalu najczęstszą drogą transmisji Kl. pneumoniae od osób zakażonych/skolonizowanych do innych pacjentów są ręce personelu; mniejsze znaczenie środowiska szpitalnego.

**Działania, które należy podjąć w każdym szpitalu w celu niedopuszczenia do szerzenia się szczepów bakteryjnych wytwarzających karbapenemazy to:**

1. Wczesne wykrywanie
2. Kontrola zakażeń

**Objęmuje one:**

**Laboratorium mikrobiologiczne:**

1. Wdraża procedury oznaczania wrażliwości pałeczek Gram-ujemnych na karbapenemy, w tym wykrywania KPC

i MBL u Enterobacteriaceae, zgodnie z zaleceniami ośrodka referencyjnego (www.korl.edu.pl).

Wszystkie procedury diagnostyczne, a także sposób działania, w przypadku izolacji szczepu Enterobacteriaceae z karbapenemazą, tzn. powiadomienie Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych, powinny być w formie pisemnej.

2 W przypadku podejrzenia izolacji szczepu Enterobacteriaceae wytwarzającego KPC+ lub inne karbapenemazy niezwłocznie powinno:

- powiadomić Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych,

- powiadomić oddział, którego problem dotyczy celem wdrożenia izolacji pacjenta do czasu wykluczenia obecności tego mechanizmu oporności,

- przesłać szczep do ośrodka referencyjnego celem potwierdzenia oznaczenia mikrobiologicznego,

- niezwłocznie zgłosić wykrycie szczepu KPC+ lub wytwarzającego inne karbapenemazy do PPIS na formularzu zgłoszenia wyniku badania laboratoryjnego, w kierunku biologicznych czynników chorobotwórczych.

**Oddział na którym przebywa pacjent:**

W przypadku potwierdzenia (genotypowo) wykrycia szczepu wytwarzającego KPC+ lub inne karbapenemazy zaleca się:

1. Niezwłoczną izolację kontaktową chorego zakażonego lub skolonizowanego szczepem KPC+ lub wytwarzającym inne karbapenemazy, polegającą na:

- umieszczeniu pacjenta w osobnej sali z węzłem sanitarnym,

- zakładaniu przez personel rękawiczek jednorazowych i jednorazowego fartucha ochronnego przed wejściem na salę,

- zdejmowaniu ubrania ochronnego tuż przed wyjściem z sali pacjenta, i następczym bezwzględny przestrzeganiu zasad aseptyki rąk przy zastosowaniu środka alkoholowego,

- wydzieleniu osobnego sprzętu medycznego wymienianego między pacjen-

tami, takiego jak np.: stetoskop, termometr, mankiety do pomiaru RR oraz niezwłocznej dekontaminacji sprzętu, który będzie stosowany u innych pacjentów,

- kontrolowanym opuszczaniu sali przez pacjenta na wykonywane badania,
- jeżeli to możliwe, wydzieleniu osobnego personelu pielęgniarskiego do pielęgnacji pacjenta ze szczepem KPC+ lub wytwarzającym inne karbapenemazy.

2. Prowadzeniu badań przesiewowych:

- u pacjentów przebywających na tym samym oddziale, co pacjent ze szczepem KPC+ lub wytwarzającym inne karbapenemazy lub będących pod opieką tego samego personelu.

- u osób z kontaktu

**Badanie należy przeprowadzić niezwłocznie - pobrać wymazy okołoodbytnicze.**

3. W przypadku, gdy nie stwierdza się szczepów KPC+ lub wytwarzających inne karbapenemazy u innych pacjentów w badaniu przesiewowym, zalecane jest kontynuowanie badań przesiewowych u pacjentów z oddziału, w którym stwierdzono szczep KPC+ lub wytwarzający inne karbapenemazy oraz u pacjentów pielęgnowanych przez ten sam personel.

Badania powinno wykonywać się także u pacjentów wysokiego ryzyka kolonizacji/zakażenia szczepem KPC+ lub wytwarzającym inne karbapenemazy, zalecane jest prowadzenie badania przesiewowego 1 raz w tygodniu, przez okres 2 miesięcy.

**W przypadku kolonizacji pacjenta nie należy stosować antybiotyków!**

4. Przeprowadzenie wywiadu epidemiologicznego dotyczącego zakażonego lub skolonizowanego pacjenta, którego celem jest określenie pochodzenia szczepu KPC+ lub wytwarzającego inne karbapenemazy, tj. jego ewentualnego przeniesienia z innego ośrodka opieki medycznej.

5. W przypadku wypisywania lub przenoszenia do innego szpitala pacjenta ze szczepem KPC+ lub wytwarzającego inne karbapenemazy w jego karcie informacyjnej w rubryce „rozpoznanie”, należy umieścić informację o stwierdzeniu zakażenia lub kolonizacji szczepem KPC+ lub wytwarzającym inne karbapenemazy.

6. Pacjent wypisywany ze szpitala do domu powinien otrzymać kartę informa-

cyjną postępowania w warunkach ambulatoryjnych.

**W przypadku konieczności ponownej hospitalizacji**

7. W przypadku ponownego przyjęcia do szpitala pacjenta, który był skolonizowany lub zakażony szczepem KPC+ lub wytwarzającym inne karbapenemazy zalecane jest:

- wykonanie wymazów przesiewowych - okołoodbytniczych wg zaleceń

- izolacja pacjenta do czasu uzyskania wyników tych badań

- w przypadku ujemnych wyników tego pacjenta powtórzenie badania w trakcie antybiotykoterapii

8. Wskazane jest badanie pacjentów przy przyjmowaniu z innych szpitali, w których zaistniał problem epidemicznego lub endemicznego rozprzestrzenienia się szczepu KPC+ lub wytwarzającego inne karbapenemazy oraz pacjentów z Domów Opieki Społecznej i Zakładów Opiekuńczo-Lecznicznych.

**Sytuacja epidemiologiczna w Wielkopolsce:**

Regionalna epidemia szczepem Kl.pneumoniae MBL NDM

- 140 potwierdzonych przypadków

- 7 zakażeń krwi w 3 szpitalach

- 4 zgłoszone ogniska epidemiczne w 3 szpitalach

- sporadyczne izolacje w 6 szpitalach

- przypadki ambulatoryjne

W związku z rozprzestrzenieniem się Kl.pneumoniae MBL NDM w Wielkopolsce powstał Zespół do spraw ograniczenia rozprzestrzeniania się Kl.pneumoniae wytwarzających karbapenemazy typu NDM przy WSSE w Poznaniu, który opracował zasady postępowania w przypadku identyfikacji takich szczepów.

**Zespół ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych:**

1. Przeprowadzenie we współpracy z Laboratorium Mikrobiologii analizy retrospektywnej dotyczącej możliwości wcześniejszego wystąpienia szczepów KPC+ lub wytwarzających inne karbapenemazy u hospitalizowanych pacjentów, w szczególności w tym oddziale, w okresie ostatnich 6 miesięcy.

2. W przypadku stwierdzenia szczepów KPC+ lub wytwarzających inne karbapenemazy u kolejnych pacjentów, należy

wdrożyć procedury wygaszania ogniska epidemicznego.

**Clostridium difficile (beztlenowa zarodnikująca laseczka Gram-dodatnia) - jako istotny patogen biorący udział w zakażeniach szpitalnych**

**Czynniki zjadliwości C. difficile**

- enterotoksyna A (egzotoksyna) - odgrywa ważną rolę w pierwszej fazie zakażenia, mechanizm jej działania nie jest do końca poznany; powoduje przerwanie ciągłości błony komórkowej, zaburza syntezę białek, ma działanie letalne i jest odpowiedzialna za krwawienia i nadmierne wydzielanie płynów

- toksyna B (cytotoksyna) - wnika do uszkodzonej śluzówki i powoduje krwawienia, stymuluje stan zapalny

- toksyna binarna CDT (10 % izolatów klinicznych C. difficile związanych z ciężką postacią rzekomo-błoniastego zapalenia jelit) Definicja CZDC - choroba związana z Clostridium difficile: biegunka lub megacolon toxicum (okrężnica olbrzymia - patologiczne poszerzenie jelita grubego potwierdzone radiologicznie) bez innej ustalonej przyczyny oraz spełnienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

1. stwierdzenia obecności toksyn A i/ lub B lub wykazanie obecności szczepu C.difficile produkującego toksynę w posiewie lub przy zastosowaniu innych metod,

2. stwierdzenie w badaniu endoskopowym lub w trakcie zabiegu rzekomobłoniastego zapalenia jelita,

3. stwierdzenie rzekomobłoniastego zapalenia jelita w badaniu histopatologicznym.

**Źródła zakażenia**

1. Nosiciele

- 3% populacji osób zdrowych

- 50-60% noworodków i niemowląt

- 20-40% hospitalizowanych pacjentów

2. Środowisko szpitalne

Zarodniki C.difficile zachowują żywotność przez wiele miesięcy ze względu na znaczną oporność na działanie czynników fizycznych i chemicznych w tym na podwyższoną temperaturę, wysychanie i działanie środków dezynfekcyjnych.

Szpitale lepiej niż 10 lat temu kontrolują pacjentów objawowych, dlatego też pacjenci bezobjawowi - nosiciele zaczynają odgrywać większą rolę w epidemio-

logii zakażeń, więc pacjenci objawowi nie są jedynym źródłem zakażeń *C.difficile* w szpitalu.

### **Czynniki sprzyjające zakażeniu:**

#### 1. Stosowanie antybiotyków

- największe ryzyko stanowi stosowanie antybiotyków o szerokim spektrum działania, które znacząco niszczą mikroflorę jelitową i na które *C.difficile* wykazuje oporność (cefalosporyny II i III generacji, klindamycyna, fluorochinolony, penicyliny o szerokim spektrum działania z inhibitorami oprócz tykarcyliny z klawulanianem i piperacyliny z tazobaktamem)

- w szpitalach z wysoką endemiczną zapadalnością na *C.difficile*, nawet jednorazowa dawka antybiotyku podawana jako profilaktyka okołoperacyjna może prowadzić do rozwoju zakażenia

2. Stosowanie leków zobojętniających pH soku żołądkowego - Rola inhibitorów pompy protonowej (PPI) i antagonistów receptorów H2

#### 3. Wiek pacjenta

- szczególnie predysponowane są osoby > 65 roku życia, u których zakażenia występują 20-częściej niż < 20 roku życia

- zapadalność u dzieci < 1 roku życia jest trudna do oceny ze względu na bardzo wysoki odsetek nosicielstwa *C.difficile* (także szczepy toksynotwórcze).

#### 4. Hospitalizacja

- stanowi wysoki czynnik ryzyka kolonizacji szczepami *C.difficile* (20-40% pacjentów leczonych w szpitalu)

- wykazano wysoki stopień skażenia środowiska szpitalnego (w szczególności toalet i rąk personelu)

- najbardziej narażeni są chorzy z ciężkimi chorobami podstawowymi (np. mocznica, oparzenia, cukrzyca, niedobory odporności, po operacjach w obrębie jamy brzusznej) Przypadki zakażeń stwierdzane są teraz częściej wśród osób młodszych, zdrowych, niestosujących antybiotykoterapii. Czynniki mogące tłumaczyć takie zmiany demograficzne wywołują duże zainteresowanie lekarzy i mikrobiologów.

### **Postacie kliniczne zakażeń:**

#### 1. Biegunka poantybiotykowa (CDAD)

- ciężka postać o gwałtownym i niepomyślnym zejściu

- łagodna postać manifestująca się biegunką

2. Rzekomobłoniaste zapalenie jelita grubego

### **Klasyczne objawy zakażenia**

- kurczowe bóle brzucha

- śluzowa lub wodnista biegunka (o nieprzyjemnym zapachu)

- nieznacznie podwyższona temperatura ciała

- leukocytoza

Ciężkie i powikłane CZDC w 37% przypadków przebiega bez biegunki i może mieć charakter „ostrego brzucha”.

Bardzo ciężka postać CZDC występuje u około 3% chorych i aż 11% zakażonych hiperwirulentnym szczepem NAP1

Powikłania: odwodnienie, zaburzenia elektrolitowe, perforacja jelita, enteropatia wysiękowa, powikłania pozajelitowe zdarzają się bardzo rzadko (bakteriemia, ropień śledziony, zapalenie kości)

Nawroty występują u około 20% chorych

Obecnie problem epidemiologiczny stanowi szybko rozprzestrzeniający się szczep *C.difficile* o rybotypie 027- B1/ NAP1/027 o wyjątkowej zjadliwości; charakteryzuje się on:

- zwiększonym wytwarzaniem toksyn A i B (16-23 x więcej niż inne szczepy)

- wytwarzaniem toksyny przez dłuższy czas

- produkcją dodatkowej binarnej toksyny

- większą zdolnością do tworzenia spór

- wysoką opornością na fluorochinolony

- powodowaniem zakażeń o znacznie cięższym przebiegu klinicznym pobieranie materiału do badania zgodnie z zaleceniami SHEA/IDSA oraz ESCMID

badanie powinno być wykonywane tylko w przypadku nieuformowanego, biegunkowego kału (występującego u pacjenta > 3krot-nie w przeciągu 24 godzin) z wyjątkiem przypadku podejrzenia niedrożności jelit.

Badanie kału w kierunku *C.difficile* u osób bez objawów jako kontrola leczenia jest nieuzasadnione za wyjątkiem niektórych wskazań epidemiologicznych.

### **Zasady pobierania:**

1. Pacjent powinien oddać kał do czystego naczynia (basen) lub do wysuszonej i wyłożonej papierem toaletowym muszli klozetowej. Upřednio po całkowitym opróżnieniu pęcherza moczowego.

2. Za pomocą łopatki z pojemnika transportowego (kałówka) pobrać próbkę kału (min. 1-2 ml).

3. W przypadku badania genetycznego możliwe jest pobranie wymazu z odbytu.

4. Kał jak najszybciej po pobraniu przekazać do laboratorium jeżeli to niemożliwe to po pobraniu materiału do 2 h do czasu transportu należy przechowywać go w temp. pokojowej lub w temp. 2-8°C max do 24 godz.

Powyżej 24 h należy próbkę zamrozić w -20°C.

### **Diagnostyka zakażeń**

Diagnostyka *C.difficile* polega na wykonaniu posiewu (w celach epidemiologicznych i oceny lekowrażliwości) lub najczęściej na wykrywaniu antygeny (GDH - dehydrogenazy glutaminianowej) i produktów metabolizmu bakterii (toksyny A i B)

Obecnie na rynku dostępne są testy immunoenzymatyczne i lateksowe do wykrywania toksyn w kale. Metody genetyczne PCR umożliwiają jednocześnie wykrywanie toksyn jak i umożliwiają identyfikację szczepu hiperepidemicznego 027/NAP1/BI.

### **Postępowanie w przypadku stwierdzenia zakażenia *C.difficile* u pacjenta hospitalizowanego**

- należy wdrożyć izolację kontaktową pacjenta (osobna sala z toaletą)

- przed wejściem na salę personel medyczny oraz osoby odwiedzające zakładają rękawiczki i jednorazowy fartuch

- po kontakcie z pacjentem należy umyć ręce bieżącą wodą z zastosowaniem mydła (nie wystarczy samo wcieranie środka dezynfekcyjnego)

- należy wydzielić osobny sprzęt medyczny

- pacjent powinien być izolowany na okres 48 h od ustąpienia biegunki i użytkowania uformowanego stolca (należy rozważyć izolację pacjenta przez cały okres hospitalizacji)

- należy przeprowadzić dokładną dezynfekcję powierzchni, sprzętu medycznego i przedmiotów stosowanych przez pacjenta (zalecane są środki chlorowe)

- należy przeprowadzić dekontaminację sali chorego po ukończonej hospitalizacji (zalecany nadtlenek wodoru w postaci gazowej)

- należy poinformować pacjenta.

### **Leczenie zakażeń wywołanych *C.difficile***

Ważnym elementem leczenia jest odstawienie dotychczas podawanego antybiotyku. Niekiedy strategia ta wystarcza do opanowania CZCD.

Jeżeli nie można przerwać antybiotykoterapii, która doprowadziła do CZCD zalecana jest zmiana antybiotyku na jeden z grupy niskiego ryzyka.

Lekiem pierwszego rzutu jest metronidazol lub wankomycyna podawane doustnie przez okres 10-14 dni.

Skuteczność kliniczna metronidazalu i wankomycyny jest porównywalna w łagodnych i umiarkowanych CZCP, natomiast wankomycyna jest skuteczniejsza w ciężkich postaciach choroby (ryzyko nawrotów choroby jest porównywalne dla leczonych jednym jak i drugim antybiotykiem) W leczeniu bardzo ciężkiej postaci CZCD, przebiegającej z niedrożnością jelit należy podawać wankomycynę doustnie i metronidazol dożylnie, ponadto wankomycynę można podać przez cewnik bezpośrednio do jelita grubego.

Inne antybiotyki stosowane w leczeniu to:

- teikoplanina (skuteczność porównywalna z wankomycyną)
- fidaxomicyna - makrolid, który nie wchłania się z przewodu pokarmowego, skutecznie działa na szczepy *C.difficile*. W odróżnieniu od wankomycyny nie niszczy fizjologicznej mikroflory jelitowej, wykazano porównywalną z wankomycyną skuteczność kliniczną i mniejsze ryzyko nawrotu z zakażeniami powodowanych przez inne szczepy niż NAP1.

### **Leczenie nawrotów**

Do nawrotu dochodzi w około 20% przypadków. Z reguły następuje po 3-21 dniach od zakończenia leczenia. Nawrót w połowie przypadków jest powodowany przez ten sam szczep.

Zalecane jest zastosowanie tego samego leku, za pomocą którego wyleczono pierwszy epizod, z wyjątkiem sytuacji gdy nawrót ma cięższy przebieg, w tej sytuacji należy stosować wankomycynę. Wspomagającym leczeniem jest podawanie probiotyków.

W przypadku mnogich nawrotów zakażeń *C. difficile* zalecana jest fidaksomycyna, a najlepszym rozwiązaniem w przypadku takich zakażeń jest przeszczep kału „fecal trans plant” od dorosłej zdrowej osoby. Opracowywane są także preparaty do immunoterapii zakażeń (biernej - surowice i czynnej - szczepionki).

### **Fizjologiczna flora pochwy**

Łona śluzowa pochwy jest miejscem bytowania licznych mikroorganizmów. W ciągu życia kobiety skład mikroflory pochwy ulega zmianie i jest ściśle powiązany z aktywnością hormonów płciowych, głównie estrogenów.

W jamie macicy pochwa płodu jest jałowa. W pierwszych 2-3 tygodniach życia w organizmie noworodka utrzymuje się wysoki poziom estrogenów pochodzących od matki. Sprawia to, że pochwa dziewczynki zasiedlana jest przez grupę pałeczek kwasu mlekowego z rodzaju *Lactobacillus* nazywanych pałeczkami Doederleina.

Rola pałeczek Doederleina jest bardzo istotna w mechanizmie obronnym w środowisku pochwy.

- fermentują one glikogen wytwarzany przez komórki nabłonka

- powstający dzięki temu kwas mlekowy zakwasza środowisko pochwy do pH 3,6 -4,6, co uniemożliwia osiedlanie się i nadmierny rozwój innych drobnoustrojów

- produkują również inne substancje warunkujące utrzymanie prawidłowego ekosystemu pochwy, jak inhibitory proteaz, laktocydynę, nadtlenek wodoru

Po tym krótkim okresie poziom estrogenów obniża się, co powoduje spadek poziomu glikogenu w komórkach nabłonka pochwy, pH staje się obojętne a florę fizjologiczną tworzą bakterie tlenowe i beztlenowe takie jak: *Staphylococcus epidermidis*, *Enterococcus* spp., *Corynebacterium* spp., *Bacteroides*, *Peptococcus*, *Peptostreptococcus*, *Porphyromonas* i *Gardnerella vaginalis*.

W okresie dojrzewania poziom estrogenów ponownie wzrasta zapewniając odpowiednią ilość glikogenu w komórkach nabłonka pochwy i znowu pojawiają się pałeczki kwasu mlekowego. Stanowią one 96% składu prawidłowej mikroflory pochwy kobiet w okresie rozrodczym. W okresie pomenopauzalnym flora pochwy przypomina środowisko pochwy u dziewczynki przed okresem dojrzewania płciowego.

### **Stała i przejściowa flora pochwy dorosłej kobiety**

**Pałeczki gramdodatnie:** *Laetobacillus* spp., *Corynebacterium* spp., *Eubacterium* spp., *Clostridium* spp.

**Ziarniaki gramdodatnie:** *Staphylococcus* spp. koagulazoujemny, *Enterococcus* spp., paciorkowce a hemolizujące, *Streptococcus agalactiae*, *Peptococcus* spp., *Peptostreptococcus* spp.

**Pałeczki gramujemne:** *Bacteroides* spp., *Prevotella* spp., *Porphyromonas* spp., *Fusobacterium* spp., *Enterobacteriaceae*, *Acinetobacter* spp., *Gardnerella vaginalis*

**Ziarniaki gramujemne:** *Veillonella* spp.

**Grzyby drożdżopodobne:** *Candida* spp.

*mgr Małgorzata Piławska  
specj. Mikrobiologii Klinicznej*

*(Wykład wygłoszony na szkoleniu w OIPiP w Poznaniu 17.11.2014 r.)*

## **Wyzwanie dla położnych w aspekcie epidemii otyłości kobiet ciężarnych**

Otyłość jest rezultatem niepożądanego przyrostu masy ciała spowodowanego dodatnim bilansem energetycznym wskutek spożywania większej ilości kalorii niż jest zużywana

### **BMI - body mass index - wskaźnik masy ciała**

jest to: stosunek masy ciała wyrażony w kilogramach do

wzrostu mierzony w metrach podniesionego do kwadratu obliczamy go według następującego wzoru

**BMI = masa ciała kg/wzrost m<sup>2</sup>**  
niedowaga <19



waga w normie 19-24  
nadwaga 24-30  
otyłość 30-40  
skrajna otyłość >40  
Norma dla wieku 20-25  
wg Europejskiego Regionu WHO  
w Europie

- otyłość osiągnęła rozmiary epidemii,
- częstość występowania potroiła się w ciągu ostatnich 2 lat,
- szacuje się, że otyłość dotyczy 150 mln dorosłych i 15 mln dzieci i nastolatków,
- otyłość jest najpowszechniej występującym problemem zdrowotnych wieku dziecięcego w związku z powyższym istnieje zagrożenie wyższego ryzyka wystąpienia:
  - nadciśnienia tętniczego,
  - cukrzycy typu 2,
  - problemów ze snem,
  - problemów psychospołecznych,
- otyłość jest przyczyną jednego miliona zgonów rocznie (w Europejskim regionie WHO)
- ludzie otyli mają zwiększone ryzyko rozwoju wielu chorób:
  - cukrzycy insulinozależnej,
  - nadciśnienia tętniczego,
  - udaru mózgu,
  - choroby nowotworowej, m. in. raka endometrium, jelita grubego, prostaty, trzustki, pęcherzyka żółciowego, wątroby,
- 6% wydatków na zdrowie ponoszonych jest na leczenie chorób spowodowanych otyłością np. w Hiszpanii 2,5 miliardy euro rocznie

**Jakie są przyczyny epidemii otyłości w Europie?**

- polityka gospodarcza,
- struktura współczesnego społeczeństwa,
- rozwój społeczno - ekonomiczny.
- zmiana nawyków żywieniowych:
  - kobieta -2000 kalorii 1961 1998 2015,
  - mężczyzna - 2500 kalorii 2300 2800 3000,
- spadek aktywności fizycznej.

**Program ograniczenia otyłości**

- promowanie zdrowego jedzenia:
  - ograniczenie spożycia tłuszczów i cukrów,

- zwiększenie konsumpcji warzyw i owoców,
- zwiększenie poziomu aktywności fizycznej:
  - 30 min dziennie - spacer, jazda na rowerze, praca w ogrodzie, taniec, chodzenie po schodach.

**Bardzo duża rola mediów w propagowaniu zdrowego stylu życia.**

**KONSEKWENCJE OTYŁOŚCI CIĘŻARNEJ**

**Powikłania dla płodu**

**1. Wady wrodzone**

- wady centralnego układu nerwowego,
- rozszczep kręgosłupa,
- anencefalia,
- wady serca,
- rozszczep wargi i podniebienia,

**Mechanizm**

- niezdiagnozowana cukrzyca i hiperlikemia,
- niedostateczna podaż kwasu foliowego.

**Rozpoznanie**

- otyłość zmniejsza wykrywalność wad w badaniu ultrasonograficznym
- Ryzyko nierozpoznania wady:
  - u kobiet z normalnym BMI 1:250
  - u kobiet otyłych 1:100

**2. Wewnątrzmaciczna śmierć płodu**

- 6.9 na 1000 porodów u kobiet otyłych
- 4.0 na 1000 porodów u kobiet z prawidłowym BMI
- Mechanizm

**Niejasny:** może być związany z cukrzycą ciężarnej czy nadciśnieniem, oraz utrudnionym monitorowaniem stanu płodu

**3. Nieprawidłowy rozwój płodu**

- autyzm,
- opóźniony rozwój umysłowy

**Autyzm i problemy rozwojowe u dzieci matek z otyłością podczas ciąży**

U dzieci przedwcześnie urodzonych z otyłych matek OR dla autyzmu wynosi 9,88

U dzieci o czasie urodzonych z matek otyłych

OR dla autyzmu wynosi 1,6

OR dla problemów rozwojowych wynosi 2,0 badaniami w latach 2003-2010 objęto 1000 dzieci w wieku 2 -5 lat

**Powikłania u ciężarnej**

Częstość występowania w procentach wg. Bautista - Castano i wsp. 2013r.

	Ciężarne z normalnym BMI n = 3534	z nadwagą n=1635	otyle n=1116
Cukrzyca	2,0	4,4	5,7
Nadciśnienie	1,1	2,2	5,0
Stan przedrzucawkowy	0,2	0,6	1,5
Małowodzie	1,2	1,5	2,6
Wielowodzie	1,1	1,7	2,0

Insulinooporność odgrywa ważną rolę w cukrzycy kobiet z nadwagą i otyłych

**Sposób porodu**

	Ciężarne z BMI 20-30 n = 7673	Ciężarne z BMI > 30 n = 677	OR
Poród samowolny	58%	48%	p=0,6
Poród operacyjny drogą pochwową	25,8%	25%	
Cięcie cesarskie	18%	27%	1.6
pilne	83,3%	91,3%	2.0
elektywne	16,7%	8,7%	

UshaKirani WSP BJOG 2005

**Powikłania porodu**

	Ciężarne z BMI 20-30 n = 7673	Ciężarne z BMI > 30 n = 677	OR
Poród po terminie	32,5%	41%	1.4
Indukcja porodu	25,5%	36%	1.6
Drugi okres porodu > 2 godz.	24%	25%	1.0
Makrosomia	7,6%	14,8%	2.1
Dystocja barkowa	0,5%	1,5%	2.9

**Przyczyny powikłań okołoporodowych**

- zaburzona kurczliwość macicy opóźnia postępowanie porodu
- makrosomia płodu nie tylko opóźnia postępowanie porodu, ale także zwiększa ryzyko urazu

Ciężarne otyłe vs z normalnym BMI	OR		OR
Poród po 41 t.c.	1.4	Masa noworodka >4000g	2.1
Indukcja porodu	1.6	Dystocja barkowa	2.9
Nieudany poród operacyjny	1.75	Uraz porodowy	1.5
Cięcie cesarskie	1.6	Konieczność przycięcia noworodka do OION	1.5

### Powikłania po porodzie

- większe ryzyko zakrzepicy!!,
- większe ryzyko infekcji rany RR 1,96,
- większe ryzyko endometritis RR 1,62,
- opóźniony laktogeneza,
- opóźnienie w inicjacji laktacji i trudności w jej utrzymaniu problemy psychologiczne,
- mała odpowiedź PrL na ssanie,
- mniejsze ryzyko chorioamnionitis RR 0,83.

### Odległe następstwa otyłości w ciąży

- otyłość dziecka (w dzieciństwie i życiu dorosłym),
- opóźniony rozwój umysłowy,
- autyzm,
- zespół metaboliczny,
- cukrzyca 2.

### Żywność kobiety ciężarnej

Średni przyrost masy do końca ciąży 10 - 12,5 kg

Począwszy od 4 miesiąca ciąży przybór masy 1,5 - 2 kg na miesiąc jeżeli mniej niż 1 kg lub więcej niż 3 kg należy skonsultować się z lekarzem

Dokładny przyrost masy ciała zależy od BMI kobiety przed ciążą

BMI przed ciążą	Pożądaný przyrost masy ciała
<19	12,5-18 kg
19-25	11,5-16 kg
25-30	7-11,5 kg
>30	do 6 kg

**Przyrost masy ciała powinien być rozłożony na poszczególne trymestry ciąży**

#### kobiety z niedowagą

I trymestr 2,3 kg

II i III 0,5 kg na tydzień

#### z normalną masą ciała

I trymestr 1,6 kg

II i III 0,45 kg na tydzień

#### z nadwagą I trymestr 1,0 kg

II i III 0,3 kg na tydzień

#### Ciąża

dieta zbilansowana

18-24KJ/kg Zwiększenie kalorii o

340 kcal/dzień w II

452 kcal/dzień w III trymestrze ciąży

12

#### Zdrowa dieta

30% tłuszczów

15-20% białka

50% węglowodanów

### Kryteria rozpoznawania cukrzycy ciężarowej

	osocze krwi żyłnej	
	mg/dl	mmol/l
Cukrzyca GDM		
na czczo	>92	>5,1
lub		
1 godz.	>180	>10,0
2 godz.	> 153	>8,5

### 1. Spożycie chleba, płatków, makaronów, ryżu

6-11 porcji na dzień

Jedna porcja

- 30 g (1 duża kromka) chleba

- 3 małe krakersy lub sucharki

- 100 g gotowanego makaronu

- 100 g gotowanego ryżu

- 30 g suchych płatków

- 100 g ziemniaków (jeden średniej

wielkości)

Źródło energii

### 2. Warzywa i owoce

przynajmniej 5 porcji dziennie

Jedna porcja

-100 g marchwi lub buraków

- jeden średniej wielkości pomidor

- jedno jabłko, brzoskwinia lub dwie

śliwki

- 100 g jagód

- 200 g sałaty, szpinaku, brokułów, kapusty

### 3. Mleko i przetwory mleczne

3 porcje dziennie

Jedna porcja

- 200 ml jogurtu/kefiru

- 45 g twardego sera

- 250 g wiejskiego sera

- 300 ml mleka

Przetwory mleczne są jednym z najbogatszych źródeł wapnia

### 4. Ryby, drób, mięso, fasola

2 porcje dziennie

Jedna porcja

- 150-200 g gotowanej fasoli

- dwa jajka

- 70-80 g gotowanego drobiu, mięsa,

chudych ryb

Źródło białka

### 5. Masło, margaryna, cukier, sól

spożycie oszczędne

Płynny - 6-8 szklanek wody dziennie

Alkohol - zakazany

Papierosy - zakazane

Kawa - ograniczyć spożycie do 3 filiżanek dziennie

### Spożycie ryb

dwa posiłki na tydzień: krewetki, łosoś, tuńczyk w sosie własnym, mintaj, sum.

Wybierać ryby z lokalnych jezior, rzek, hodowli, aby zminimalizować ekspozycję płodu na rtęć i inne zanieczyszczenia.

### Dzienne zapotrzebowanie witaminy C uzupełni:

- jedna duża papryka lub,
- trzy średnie ziemniaki lub,
- 160g kapusty.

### Witaminy

1. Kwas foliowy 400 mcg: szpinak, sałata, kapusta, zielona fasola, kalafior

2. Żelazo: chude mięso - wątroba, nerki zielone liściaste warzywa

Produkty bogate w witaminę C ułatwiają wchłanianie żelaza

3. Wapń: mleko, produkty mleczne z niską zawartością tłuszczu, niektóre produkty zbożowe

4. Witamina D: jajka, masło, tłuste ryby

### A co z suplementacją multiwitaminową?

Nie ma potrzeby suplementacji witaminami czy mikroelementami, chyba, że zaleci ją lekarz

### W przypadku nudności

- posiłki małe ale częste (co 2 godziny)
- więcej produktów zawierających węglowodany (krakersy, płatki śniadaniowe, owoce, warzywa)
- mniej pokarmów tłustych i słodkich

### Wysiłek fizyczny

wskazany umiarkowany wysiłek fizyczny jednakże redukcja masy ciała przy samym wysiłku fizycznym wynosiła 0,7 kg podczas, gdy przy samej tylko diecie 4,0 kg, a przy obu łącznie 1,0 kg.

*dr n. med. Jana Skrzypczak  
Konsultant Wojewódzki w dziedzinie  
położnictwa i ginekologii na woj. Lubuskie  
Przedruk z Biuletynu Informacyjnego  
OIPiP w Gorzowie Wielkopolskim  
Nr 5/2014*



Ze smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci naszej koleżanki

## Ireny Kozielskiej-Soboty

Sekretarza ORPiP w Krośnie II, III, i IV kadencji,  
pielęgniarki, żony, matki i babci.

Była osobą o niespotykanej wrażliwości nie tylko na ludzkie cierpienie.  
Zawsze gotowa do pracy, życzliwa, oddana ludziom, człowiek o wielkim sercu.  
Mimo różnych przeciwności losu potrafiła cieszyć się życiem.

*Pozostanie na zawsze w naszej pamięci  
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie*

*„Gratulować, dziękować to mało  
Najpiękniejsze kwiaty nic nie znaczą  
Trzeba pojąć całą głębię tej służby  
Pielęgniarską codzienną pracą”.*

W związku z przejściem  
na emeryturę Naszej Koleżanki

### **HALINY BIAŁY**

Pielęgniarki pracującej  
w Szpitalnym Oddziale  
Ratunkowym wraz  
z Izbą Przyjęć w Jaśle

Składamy serdeczne  
podziękowania za wspólne  
lata pracy życząc na  
nadchodzące dni zdrowia,  
realizacji marzeń w życiu osobi-  
stym.

*Pielęgniarka Oddziałowa  
Edyta Kędzior-Gajda  
oraz Pielęgniarki i Ratownicy Me-  
dyczni SOR w Jaśle.*

## Przypominamy o obowiązku aktualizacji danych

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Krośnie przypomina wszystkim członkom o obowiązku aktualizacji swoich danych osobowych, tj.: zmiany nazwiska; zmiany adresu zamieszkania; zmiany miejsca pracy; ukończonego kształcenia podyplomowego (szkolenia, kursy, specjalizacje, studia itd.); informacje o zaprzestaniu wykonywania zawodu; informacje o zniszczeniu prawa wykonywania zawodu; informacji o przejściu na rentę, emeryturę.

Obowiązek aktualizowania danych nakłada na nas ustawa z dnia 1 lipca 2011

r. o samorządzie pielęgniarek i położnych, art. 11 ust. 2 pkt. 5. Zmiany stanu faktycznego winny być niezwłocznie zgłoszone w celu aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych, który prowadzony jest w Dziale Prawa Wykonywania Zawodu OIPIP w Krośnie.

**AKTUALIZACJI DANYCH MOŻEMY DOKONAĆ: OSOBIŚCIE** - w dziale prawa wykonywania zawodu - pok. 18 lub **PISEMNI** na adres biura:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych, ul. Bieszczadzka 5, 38-400 Krosno.

### **INFORMACJA DLA OSÓB SKŁADAJĄCYCH WNIOSKI O DOFINANSOWANIE**

**AKTUALIZACJA DANYCH W CENTRALNYM REJESTRZE  
JEST WARUNKIEM ROZPATRZENIA WNIOSKU**

Wnioski o dofinansowanie będą rozpatrzone tylko wtedy kiedy dane zawarte we wniosku o dofinansowanie będą zgodne z danymi w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych. W innym przypadku wnioski nie będą rozpatrywane.

**PROSIMY AKTUALIZOWAĆ SWOJE DANE W REJESTRZE**

ADRES REDAKCJI: 38-400 Krosno, ul. Bieszczadzka 5, tel. 13 43 694 60

www.oipip.krosno.pl, e-mail: oipip@interia.pl

REDAKCJA: Dorota Krochmal - koordynator, Barbara Błażejowska-Kopiczak, Renata Michalska, Ewa Czupska  
OIPIP Krosno, tel. 13 43 694 60

PRZYGOTOWANIE DO DRUKU: Krośnieńska Agencja Reklamowa

DRUK: HEDOM, Krosno. Korekta redakcji.

Nakład egz. 600, numer oddano do druku 09 II 2015 roku.

**W dniu 20 marca 2015 roku odbędzie się  
XXIX OKRĘGOWY ZJAZD PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
w siedzibie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krośnie  
przy ul. Bieszczadzkiej 5**

Delegatów prosimy o przygotowanie treści wniosków, stanowisk i apeli  
w sprawach nurtujących środowisko pielęgniarek i położnych  
i zabranie ze sobą mandatów.

**WYBORY SAMORZĄDOWE W 2015 ROKU**

Zgodnie z uchwałą Nr 273/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
w Warszawie z dnia 3 grudnia 2014 roku w sprawie określenia kalendarza wyborczego  
okręgowe rady pielęgniarek i położnych są zobowiązane do dnia 30 listopada 2015 roku  
przeprowadzić okręgowe zjazdy sprawozdawczo – wyborcze.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w dniu 20 stycznia 2015 r.  
podjęła uchwałę w sprawie powołania Okręgowej Komisji Wyborczej.

W skład Okręgowej Komisji Wyborczej zostały wybrane następujące osoby:

1. Barańska Beata
2. Błażejowska – Kopiczak Barbara
3. Czerwińska – Sowa Janina
4. Czupska Ewa
5. Dybaś Anna
6. Górnik Urszula
7. Jastrzębska Bożena
8. Krygowska Krystyna
9. Marcinkiewicz Barbara
10. Michalska Renata
11. Moskal Bożena
12. Paślawska Halina
13. Rychlicka Agnieszka
14. Wilusz Agnieszka
15. Witusik Teresa
16. Zabierowska Urszula

O wynikach pracy Komisji poinformujemy w następnym numerze.