



# BIULETYN

## INFORMACYJNY

OKRĘGOWA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

1/2018  
WAŁBRZYCH  
[182] ISSN 1643-4951



OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
W WAŁBRZYCHU

## SPIS TREŚCI

1. ◆ KOLEŻANKI I KOLEDZY
2. ◆ BEATYFIKACJA HANNY CHRZANOWSKIEJ
3. ◆ PISMO SEKRETARZ STANU – JÓZEFY SZCZUREK – ŻELAZKO
5. ◆ Z PRAC NRPIP  
– KOMUNIKAT PRASOWY  
– TRÓJSTRONNE SPOTKANIE PRZEDSTAWICIELI  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z MINISTREM ZDROWIA
7. ◆ REGULAMIN REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA  
ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU KSZTAŁCENIA OIPIP  
W WAŁBRZYCHU
11. ◆ EUROPEJSKI DZIEŃ PIELĘGNIARKI OPERACYJNEJ
12. ◆ BÓL – CZĘŚĆ II
16. ◆ KONFERENCJE SZKOLENIOWO-NAUKOWE  
– I FORUM LECZENIA RAN  
– KARMIENIE PIERSIĄ, ROLA POŁOŻNEJ – BADANIA  
– XVII OGÓLNOPOLSKI ZJAZD SZKÓŁ RODZENIA  
– INNOWACJE W PROFILAKTYCE I KONTROLI ZAKAŻEN  
SZPITALNYCH
27. ◆ ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA
34. ◆ STANDARDY POSTĘPOWANIA I METODYKA PRACY  
PIELĘGNIARKI SZKOLNEJ – PODRĘCZNIK
35. ◆ POŻEGNANIE
36. ◆ PODARUJ 1%



## Uwaga! NOWE NUMERY TELEFONÓW

**Sekretariat:**                      **Księgowość:**                      **Rejestr prawa:**  
tel.: 74 84 25 605; 7481 79 515      74 81 79 516                      74 81 79 517  
fax: 74 84 23 325

OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

58-300 Wałbrzych,  
ul. Chrobrego 1/10 (III piętro)  
fax: 74 84 23 325  
godziny pracy biura:  
7:30–15:30

**e-mail:**  
oipipsekretariat@webmedia.com.pl  
www.oipip.walbrzych.pl

Bank Zachodni WBK S.A. o/Wałbrzych  
**46 1500 1764 1217 6003 8619 0000**

**Przewodnicząca:**  
Maria Pałeczka  
oipipwch@webmedia.com.pl

**Sekretarz:**  
Małgorzata Hrycak

**BIURO**  
**Sekretariat:**

Anna Koła  
oipipsekretariat@webmedia.com.pl  
tel.: 74 84 25 605, 74 81 79 515

**Rejestr prawa wyk. zawodu:**

Marzena Neter  
oipiprejestr@webmedia.com.pl  
tel.: 74 81 79 517

**Księgowość:**

Aleksandra Neter  
oipipksiegowosc@webmedia.com.pl  
tel.: 74 81 79 516

**Obsługa administracyjno-prawna:**

Kancelaria Prawna S  
mgr Dorota Pakuła  
Radca Prawny  
mgr Michał Krajczar

## KONSULTACJI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

**PIELĘGNIARSTWA** – dr n. o zdr. JOLANTA KOLASIŃSKA, UM Wydział Nauk o Zdrowiu, ul. Bartła 5, 51-618 Wrocław; tel. 71 784 18 45  
email: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

**PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO** – mgr WIESŁAW ZIELONKA  
Pogotowie Ratunkowe w Legnicy, ul. Dworcowa 7; 59-220 Legnica;  
tel. 502 676 039, email: w.zielonka@pogotowielegnica.pl

**PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO** – mgr KATARZYNA SALIK  
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1, ul. M. Skłodowskiej Curie 58;  
50-368 Wrocław; tel. 71 327 09 30, 71 784 21 75, 606 99 30 95  
email: kasiasalik1@wp.pl

**PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE**  
– mgr URSZULA ŻMIJEWSKA, Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza,  
ul. Warszawska 2; 52-114 Wrocław; tel. 71 342 8631 wew. 344,  
604 939 455, 667 977 735

**PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO**  
– dr n. med. ELŻBIETA GARWACKA-CZACHOR, Dolnośląskie Centrum  
Onkologii we Wrocławiu pl. Hirszfelda 12; 53-413 Wrocław; tel. 71 368 92 60  
lub 603 38 58 98, email: e.garwacka@gmail.com

**PIELĘGNIARSTWA ANESTEZJOLOGICZNEGO I INTENSYWNEJ OPIEKI**  
– mgr EWA PIELICHOWSKA, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ  
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław; email: naczelnia.pielegniarka@4wsk.pl;  
tel. 26 166 02 07, 608 309 310

**PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO**  
– mgr BEATA ŁABOWICZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy  
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5; 59-220 Legnica; tel. 76 721 14 01,  
661 999 104, email: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

**PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH**  
– mgr DOROTA RUDNICKA, Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej  
Będkowo Sp. z O.O. Sp. Komandytowa Będkowo 1, 55-100 Trzebnica  
email: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl, tel. 71 722 29 48, 603 852 669

**PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ**  
– dr n. med. DOMINIK KRZYŻANOWSKI, Bonifraterskie Centrum Opieki  
Hospicyjnej w Bonifraterskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.; ul. Poświęcka 8a,  
51-128 Wrocław; tel. 608 585 295,  
email: d.krzyzanowski@bonifraterskiecentrumzdrowia.pl

**PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO** – mgr DOROTA MILECKA  
Uniwersytecki Szpital Kliniczny, ul. Borowska 213, 50-556 Wrocław  
tel. 71 733 11 90, 71 733 11 95, 662 232 595

**Dyżur prawny:**

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

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności  
Zawodowej:**

Iwona Michańcio

**Dyżury w siedzibie OIPIP:**

w każdy ostatni wtorek miesiąca od 10:00–14:00  
Szczegóły na stronie internetowej  
w zakładce Kontakt.  
W innym terminie po wcześniejszym  
Uzgodnieniu telefonicznym  
z biurem OIPIP w Wałbrzychu

Projekt, skład i druk:  
Tereny Weny Agencja Reklamowa  
Justyna Szafran-Dziwięcka  
justyna@terenynyeny.pl

## Szanowne Koleżanki i Koledzy

### Minął kolejny rok –

to zwykle czas na podsumowania, przemyślenia, analizy i refleksje. Z listy zapisanych postanowień – co udało nam się osiągnąć? Z czego jesteśmy zadowoleni? Co możemy, czy też musimy zmienić?

### Nowy Rok –

to znowu dobry moment na „nowe” postanowienia, zazwyczaj te same. To również dobry moment na nowe oczekiwania, na zmiany- czy będą dobre? Sytuacja w polskim pielęgniarstwie i położnictwie jest dramatyczna. Na stronie Ministerstwa Zdrowia ukazała się informacja o zakończeniu prac Zespołu ds. opracowania strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Prace nad dokumentem określającym kierunki działań dla pielęgniarstwa zostały zakończone 29 grudnia 2017 r.

Ministerstwo Zdrowia, wraz z opracowaną strategią, przesłało odpowiedź na uwagi do projektu przesłane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolski Związek Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

### 17 stycznia 2018 r. –

w siedzibie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie odbyło się spotkanie nowego Ministra Zdrowia prof. Łukasza Szumowskiego z przedstawicielami naszej grupy zawodowej.

### 26 stycznia 2018 r. –

w siedzibie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych odbyło się trójstronne spotkanie robocze, którego tematem przewodnim była „Strategia na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”.

Zapisy w ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych spowodowały lawinowy wręcz udział w szkoleniach specjalizacyjnych.

Nie do końca przemyślane decyzje, spowodowały konieczność zmiany zapisów w Regulaminie Refundacji Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Kształcenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu. Zapraszam na kolejne strony.

Maria Pałeczka  
Przewodnicząca ORPiP



# BEATYFIKACJA HANNY CHRZANOWSKIEJ

**28 kwietnia br. w Krakowie nastąpi beatyfikacja**

**Hanny Chrzanowskiej** – poinformował metropolita krakowski abp Marek Jędraszewski. Była ona pielęgniarką, współpracownicą kard. Karola Wojtyły, prekursorką pielęgniarstwa domowego w Polsce.



Data uroczystości została potwierdzona przez Stolicę Apostolską. Jest nieprzypadkowa, bo dzień później 29 kwietnia 2018, przypadnie 45. rocznica śmierci Hanny Chrzanowskiej.

Uroczystości w Bazylice Bożego Miłosierdzia w Łagiewnikach przewodniczył będzie prefekt Kongregacji Spraw Kanonicznych kard. Angelo Amato.

W latach 1926–1929 Chrzanowska pracowała jako instruktorka w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek w Krakowie. Od roku 1929 do 1939 redagowała miesięcznik „Pielęgniarka Polska” – pierwsze w Polsce czasopismo zawodowe dla pielęgniarek. Uczestniczyła w pracach Polskie-

go Stowarzyszenia Pielęgniarek Zawodowych i brała udział w przygotowaniu, uchwalonej przez sejm w 1935 r. „Ustawy o pielęgniarstwie”. Przyniła się również do powołania w 1937 r. Katolickiego Związku Pielęgniarek Polskich.

Podczas wojny pracowała w Polskim Komitecie Opiekuńczym, opiekując się uchodźcami, więźniami i przesiedlonymi. Szczególną troską otacza osierocone dzieci, w tym dzieci żydowskie, poszukując dla nich rodzin zastępczych i bezpiecznych miejsc pobytu.

W kwietniu 1945 roku rozpoczęła pracę w Uniwersyteckiej Szkole Pielęgniarek i Higienistek

w Krakowie, gdzie kierowała działem pielęgniarstwa społecznego. W Stanach Zjednoczonych zapoznała się z metodami pracy tamtejszych pielęgniarek szpitalnych i społecznych, by zdobytą wiedzę wykorzystać w tworzeniu struktur pielęgniarstwa społecznego w Polsce.

We wrześniu 1957 roku objęła stanowisko dyrektorki Szkoły Pielęgniarstwa Psychiatrycznego w Kobierzynie. Nie spodziewana likwidacja szkoły spowodowała, że Chrzanowska przeszła na wcześniejszą emeryturę. Rozpoczęła pracę nad podręcznikiem dla pielęgniarek pracujących poza szpitalem, jednocześnie organizując opiekę nad obłożnie chorymi samotnymi i opuszczonymi w oparciu o sieć duszpasterstwa parafialnego, w czym wspierał ją ówczesny metropolita krakowski abp Karol Wojtyła. Dzięki jej staraniom upowszechnił się zwyczaj odprawiania mszy św. w domu chorego oraz odwiedzin chorych w ramach wizytacji duszpasterskich.

Chrzanowska zmarła w Krakowie 29 kwietnia 1973 r. W homilii pogrzebowej kard. Wojtyła powiedział m.in.: „Byłaś dla mnie ogromną pomocą i oparciem. Dziękujemy Bogu za to, że byłaś wśród nas taka, jaka byłaś – z tą Twoją wielką prostotą, z tym wewnętrznym spokojem, a zarazem z tym wewnętrznym żarem; że byłaś wśród nas jakimś wcieleniem Chrystusowych błogosławieństw z Kazania na Górze”.

W 1995 r. pielęgniarki skupione w Katolickim Stowarzyszeniu Pielęgniarek i Położnych zwróciły się z prośbą do kard. Franciszka Macharskiego o wszczęcie procesu beatyfikacyjnego. Rozpoczął się on w 1998 r. 1 października 2015 r. Stolica Apostolska ogłosiła dekret o heroicznosci cnót Hanny Chrzanowskiej. 7 lipca 2017 r. po zbadaniu okoliczności cudu za jej wstawiennictwem – uzdrowienia mieszkańca Krakowa – papież Franciszek zatwierdził dekret beatyfikacyjny służebnicy Bożej Hanny Chrzanowskiej.

# PISMO SEKRETARZ STANU JÓZEFY SZCZUREK-ŻELAZKO



Ministerstwo Zdrowia  
Sekretarz Stanu  
Józefa Szczurek-Żelazko

Warszawa, 04 -01- 2018

PP-WPS.07621.2018/EMA/DZ

Pani  
Zofia Małas  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek  
i Położnych

Pani  
Krystyna Ptok  
Przewodnicząca  
Ogólnopolskiego Związku  
Zawodowego Pielęgniarek  
i Położnych

*Szanowne Pani*

Uprzejmie informuję, że szczegółowe uwagi przesłane przez Państwa do projektu dokumentu pn. Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, zostały uważnie przeanalizowane i rozpatrzone.

Część poprawek zgłoszonych przez Państwa została uwzględniona i naniesiona w projekcie dokumentu. Jednocześnie wyjaśniam, że część poprawek niezgodnych z przegłosowanymi kierunkami działań nie mogła być uwzględniona w powyższym dokumencie, bowiem wykraczała poza zakres prac i ustaleń Zespołu w poszczególnych obszarach.

Strategia zaplanowana na 15 lat to, z natury rzeczy, plan o charakterze wieloletnim i wielowymiarowym, i musi być dokumentem sformułowanym na pewnym stopniu ogólności, a dopiero konkretne rozwiązania na poziomie operacyjnym i legislacyjnym

będą uszczegóławiane zgodnie z obowiązującymi procedurami w tym zakresie oraz konsultowane społecznie i uzgadniane międzyresortowo.

Jako Przewodnicząca Zespołu rekomendowałam Ministrowi Zdrowia, jako działanie priorytetowe, np. implementowanie do obowiązującego porządku prawnego rozwiązań dotyczących norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych uwzględniających rekomendacje zawarte w Strategii w tym zakresie.

Odnosząc się do postulatu włączenia w treść Strategii kwestii dotyczących poprawy i ustabilizowania warunków wynagradzania grupy zawodowej pielęgniarek i położnych, uprzejmie wyjaśniam, iż kwestia wynagrodzeń pracowników służby zdrowia jest regulowana na gruncie odrębnych przepisów wynikających z ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz.1473), i w związku z tym nie mogła być przedmiotem prac i ustaleń Zespołu powołanego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2017 r. w sprawie powołania Zespołu ds. opracowania Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 50 z późn. zm.). W związku z powyższym kwestie wynagrodzeń pracowników medycznych są dyskutowane w działającym w ramach Rady Dialogu Społecznego zespole ds. usług publicznych, z udziałem tzw. reprezentatywnych związków zawodowych oraz organizacji pracodawców.

Na zakończenie, jako Przewodnicząca Zespołu, pragnę Państwu podziękować za dotychczasową współpracę i zaangażowanie w prace Zespołu, poświęcony czas oraz cenne uwagi zgłoszone do projektu dokumentu i pragnę zapewnić, że dołożę wszelkich starań aby zaproponowane kierunki działań były w jak największym zakresie wdrażane w systemie opieki zdrowotnej i wierzę, że w efekcie przyczynią się do rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w naszym kraju.

W załączeniu przesyłam treść Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, przedłożoną Ministrowi Zdrowia oraz zamieszczoną na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia.

*z wyrazami szacunku*

*Józefa Szczurek-Żelazko*  
Józefa Szczurek-Żelazko

# Z PRAC NRPIP

## KOMUNIKAT PRASOWY ZE SPOTKANIA PRZEDSTAWICIELI PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z MINISTREM ZDROWIA w dniu 17 stycznia 2018 r.

Dnia 17 stycznia 2018r. o godzinie 15.00 w siedzibie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie odbyło się spotkanie nowego Ministra Zdrowia prof. Łukasza Szumowskiego z przedstawicielami naszej grupy zawodowej. W spotkaniu uczestniczyli ze strony OZZPiP: Przewodnicząca OZZPiP – Pani Krystyna Ptok wraz z Członkami Prezydium Związku oraz ze strony NRPIP – Pani Zofia Małas wraz z Członkami Prezydium Rady. Stronę Ministerstwa Zdrowia reprezentowali Pan Minister – prof. Łukasz Szumowski, Pani Wiceminister Józefa Szczurek-Żelazko oraz Pan Jakub Banaszek. Spotkanie odbyło się z inicjatywy Ministra Zdrowia i środowisko doceniło fakt, że pierwsze kroki Minister skierował właśnie do nas.

Ze względu na ograniczony czas ustalono, iż strony skoncentrują się tylko na przekazaniu najistotniejszych problemów.

Na początek podniesiona została kwestia drastycznego braku pielęgniarek w systemie (największe braki w tej grupie zawodowej ze wszystkich grup medycznych). Na potwierdzenie Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych przedstawiła statystyki i analizę braków kadrowych oraz niepokojące prognozy. Zgodzono się, że sytuacja jest bardzo trudna i wymagająca natychmiastowych działań. Przewodnicząca OZZPiP potwierdziła informację o brakach persone-

lu poprzez przykłady, zgłaszane do Zarządu Związku, które wskazują na duże przeciążenie zatrudnionych pielęgniarek i położnych pracą, co w połączeniu z olbrzymią odpowiedzialnością za życie i zdrowie stanowi zagrożenie nie tylko dla nich samych, ale przede wszystkim dla pacjentów pozostających pod ich opieką. Zgodzono się co do konieczności pilnego odbudowania kadr. Przewodnicząca OZZPiP podkreśliła, że podstawowym mechanizmem naprawy sytuacji jest polepszenie warunków pracy poprzez wpisanie liczby i kwalifikacji pielęgniarek i położnych do systemu świadczeń gwarantowanych, a także zagwarantowanie wynagrodzeń na poziomie co najmniej 1,5 średniej krajowej. Podkreślono, że rozporządzenie „zembalowe” stało się magnesem przyciągającym do zawodu. Niestety, jeden zapis w *Ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych*, proces ten przerwał. Minister w trakcie dyskusji włączał się w rozmowę rozumiejąc zgłaszane problemy. W związku z opublikowaniem przez Ministerstwo Zdrowia Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, przedstawiciele środowiska wnioskowali o cykliczne spotkania w celu szybszego wdrożenia w życie jej zapisów.

Na tym spotkanie zakończono.



## SPOTKANIE ROBOCZE PRZEDSTAWICIELI PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z MINISTREM ZDROWIA W SPRAWIE STRATEGII – 26 stycznia 2018 r.

W dniu 26 stycznia w siedzibie Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych odbyło się trójstronne spotkanie robocze, którego tematem przewodnim była „Strategia na rzecz rozwoju Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce”. W spotkaniu uczestniczyli: ze strony Ministerstwa Zdrowia Pan Minister – prof. Łukasz Szumowski. Ze strony OZZPiP: Przewodnicząca – Pani Krystyna Ptok wraz z Wiceprzewodniczącymi i Rzecznikiem Związku oraz ze strony NRPiP – Pani Zofia Małas wraz z Wiceprezesem NRPiP.

W czasie spotkania ustalono, że dokument Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa wymaga natychmiastowego wdrożenia. Aktualizacja harmonogramu wdrożenia strategii, a przede wszystkim jego skrócenie znajduje akceptację ze strony Ministerstwa Zdrowia. Poruszono najbardziej palące kwestie merytoryczne, którymi należy zająć się w pierwszej kolejności, są to m.in.:

- Określenie właściwej liczby oraz kwalifikacji zawodowych pielęgniarek i położnych w poszczególnych zakresach świadczeń gwarantowanych – „rozporządzenia koszykowe”
- Kwestie płac – m.in. zablokowania mechanizmów pozwalających na wykorzystywanie środków z dodatku 4x400zł do regulowania płacy minimalnej przez podmioty lecznicze
- Warunki pracy – m.in. jednoosobowe dyżury w oddziałach szpitalnych
- System kształcenia – zachęty do wchodzenia i pozostania w zawodzie – w tym zwiększenie liczby uczelni

oferujących studia w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa oraz wypracowanie mechanizmów skłaniających absolwentów do wejścia do systemu i pozostania w kraju.

Minister Zdrowia podkreślił, że sytuacja w polskim pielęgniarstwie i położnictwie to obecnie najbardziej paląca kwestia w polskiej ochronie zdrowia. Prace muszą znacząco przyspieszyć, w niektórych obszarach efekty powinny być widoczne jeszcze w tym roku, jak chociażby w zakresie zabezpieczenia pacjenta przez kadrę pielęgniarską i położniczą oraz konkretnych rozwiązań, które umożliwią zwiększenie liczby szkół wyższych, które będą kształcić w zawodzie, co zwiększy dostępność na terenie poszczególnych województw. Dodatkowo powinny pojawić się konkretne propozycje skłaniające absolwentów do podjęcia pracy w zawodzie natychmiast po zakończeniu kształcenia.

OZZPiP oraz NRPiP podkreślają, że obecna sytuacja w polskim pielęgniarstwie i położnictwie jest dramatyczna. Liczba pielęgniarek przypadających na 1000 pacjentów jest u nas niższa wśród krajów Unii Europejskiej, a średnia wieku pielęgniarek w Polsce to 51 lat. Jedynie natychmiastowe działania ze strony Ministerstwa Zdrowia przy wsparciu merytorycznym środowiska opierające się o realizację dokumentu Strategii jest gwarantem bezpieczeństwa zdrowotnego polskiego społeczeństwa oraz dobrych warunków pracy i płacy w zawodach pielęgniarki i położnej. Efektem kolejnych spotkań Ministerstwa Zdrowia ze środowiskiem będą już konkretne rozwiązania legislacyjne.





# REGULAMIN REFUNDACJI KOSZTÓW KSZTAŁCENIA ZE ŚRODKÓW FUNDUSZU KSZTAŁCENIA OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UCHWAŁA Nr 119/VII/2017

OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WAŁBRZYCHU

z dnia 20 grudnia 2017 r.

w sprawie: wpisu zmiany uchwały Nr 48/VII/2016 ORPiP w Wałbrzychu z dnia 26 stycznia 2016 r. w sprawie zatwierdzenia Regulamin Refundacji Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Kształcenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu (tekst jednolity uch. Nr 100 /VII/2016 ORPiP w Wałbrzychu z dnia 20 września 2016 r.), zm. uch Nr107/VII/2016 ORPiP w Wałbrzychu z dnia 14 grudnia 2016 r.; uch Nr 18/VII/17 z dnia 31 stycznia 2017 r. oraz uch Nr 54/VII/2017 ORPiP w Wałbrzychu z dnia 19.06.2017 r.

Na podstawie art. 31 pkt 4 w związku z art. 4 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych ( Dz U Nr 174 poz. 1038 z póź. zm.) uchwała się co następuje:

## § 1

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu dokonuje wpisu zmiany w Załączniku Nr 1 do uchwały poprzez:

**Rozdział I Przepisy ogólne § 4 pkt 2 dodano lit. a) i b) o brzmieniu:**

a) Jeżeli wniosek na szkolenie specjalizacyjne, nie był złożony w wymaganym terminie 30 dni od rozpoczęcia specjalizacji, wniosek można złożyć po zakończonej części zajęć teoretycznych z dołączonym zaświadczeniem organizatora szkolenia, że jest uczestnikiem szkolenia. Wówczas refundacja wynosi 50% wysokości refundacji kosztów wskazanych w Rozdz. IV. § 2 pkt 3 lit.c)

b) Jeżeli wniosek za studia magisterskie, nie był złożony w wymaganym terminie 30 dni od rozpoczęcia studiów, wniosek można złożyć po rozpoczęciu III semestru z dołączonym zaświadczeniem uczelni, że jest studentem II roku studiów magisterskich. Wówczas refundacja wynosi 50% wysokości refundacji kosztów wskazanych w Roz. IV. § 2 pkt 3 lit. a) – II transza.

**Rozdział II Formy kształcenia i doskonalenia zawodowego, rodzaje kształcenia podyplomowego § 1 pkt 7.**

„Rodzaje kształcenia podyplomowego,.....będą refundowane, jeżeli prowadzone są przez **dodano** organizatorów kształcenia, o których mowa w art. 75 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r., na podstawie programów przygotowanych przez zespoły programowe powołane przez dyrektora Centrum w celu ich opracowania, zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia – art. 78 ust. 1 cytowanej ustawy.

**Rozdział III Osoby uprawnione do korzystania z refundacji** pkt 1 lit b) minimum przez okres 2 lat poprzedzających złożenie wniosku regularnie i nieprzerwanie opłacają składki członkowskie;

**Rozdział IV Zasady i warunki przyznawania refundacji § 1 dodano pkt 4 o brzmieniu**

„Z refundacji kosztów kształcenia za szkolenie specjalizacyjne, członek samorządu może skorzystać maksymalnie dwa razy, w odstępie co najmniej 4 lat od dnia zakończenia pierwszej specjalizacji refundowanej ze środków OIPiP w Wałbrzychu.”

**Rozdział IV § 1 pkt 3** zastąpiono pkt 5 o brzmieniu „Wypłata refundacji nastąpi w terminie do 5 dni roboczych od dnia zatwierdzenia wniosku przez Prezydium lub ORPiP za:

- a) **szkolenie specjalizacyjne** po uzyskaniu tytułu specjalisty i dostarczeniu dokumentu z CKPPIp o zdanym egzaminie lub dyplomu
- b) **studia magisterskie**

– **I transza** po zakończeniu semestru i dostarczeniu zaświadczenia, że jest studentem II semestru wraz z zawartą Umową o dofinansowanie kształcenia podyplomowego stanowiącą **załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu**.

– **II transza** po uzyskaniu tytułu magistra i dostarczeniu dokumentu potwierdzającego ukończenie studiów

**Rozdział IV Zasady i warunki przyznawania refundacji w § 2 lit a) i lit c) dokonano** wpisu łącznej kwoty za szkolenia

a) dla studiów magisterskich w systemie niestacjonarnym na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, promocja zdrowia, zdrowie publiczne wynosi **4000,00 zł (słownie cztery tysiące złotych) w dwóch transzach**.

b) dla studiów licencjackich-pomostowych – **1000,00 (słownie: jeden tysiąc zł)**

c) dla szkoleń specjalizacyjnych wynosi – **3000,00 zł (słownie trzy tysiące zł)**

**Rozdział IV § 6 otrzymuje brzmienie Rozdział V Zasady szczegółowe**

#### § 2

Do spraw wszczętych, a nie zakończonych prawomocnym rozstrzygnięciem przed dniem wejścia niniejszej uchwały stosuje się przepisy nowe.

#### § 3

Uchwała wchodzi w życie z chwilą jej podjęcia

**Sekretarz ORPiP Przewodnicząca ORPiP (-) Małgorzata Hrycak (-) Maria Pałeczka**

Załącznik Nr 1 do uchwały Nr 119/VII/2017 ORPiP w Wałbrzychu z dnia 20 grudnia 2017 r. w sprawie wpisu zmiany uchwały Nr 48/VII/2016 ORPiP w Wałbrzychu z dnia 26 stycznia 2016 r. w sprawie zatwierdzenia Regulamin Refundacji Kosztów Kształcenia ze Środków Funduszu Kształcenia Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu z późn. zmianami.

## Rozdział I Przepisy ogólne

### § 1

Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, zwanej dalej „OIPiP” ponoszący koszty związane z kształceniem i doskonaleniem zawodowym związanym z wykonywaniem zawodu pielęgniarki lub położnej ma prawo ubiegać się o refundację kosztów poniesionych z tego tytułu.

### § 2

Wysokość funduszu przeznaczonego na refundację kosztów kształcenia członków OIPiP w Wałbrzychu w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego, zatwierdza Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu na mocy uchwały w sprawie przyjęcia planu budżetu OIPiP na każdy rok.

### § 3

Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego członków OIPiP w Wałbrzychu, zwany dalej „Regulaminem” określa przepisy ogólne, formy kształcenia i doskonalenia zawodowego, rodzaje kształcenia podyplomowego, których koszty objęte są refundacją, osoby uprawnione do korzystania z refundacji oraz zasady i warunki przyznawania refundacji.

### § 4

1. Funduszem dysponuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu, zwana dalej „ORPiP”.
2. Pielęgniarka i położna składa wniosek o refundację kosztów kształcenia w biurze OIPiP w Wałbrzychu, najpóźniej **do 30 dni od rozpoczęcia kursu, szkolenia, studiów**.

Jeżeli wniosek na szkolenie specjalizacyjne, nie był złożony w wymaganym terminie 30 dni od rozpoczęcia specjalizacji, wniosek można złożyć po zakończonej części zajęć teoretycznych z dołączonym zaświadczeniem organizatora szkolenia, że jest uczestnikiem szkolenia. Wówczas refundacja wynosi 50% wysokości refundacji kosztów wskazanych w Rozdz. IV. § 2 pkt 3 lit. c)

Jeżeli wniosek za studia magisterskie, nie był złożony w wymaganym terminie 30 dni od rozpoczęcia studiów, wniosek można złożyć po rozpoczęciu III semestru z dołączonym zaświadczeniem uczelni, że jest studentem II roku studiów magisterskich. Wówczas refundacja wynosi 50% wysokości refundacji kosztów wskazanych w Rozdz. IV. § 2 pkt 3 lit. a) – **II transza**.

3. Złożony wniosek o przyznanie refundacji kosztów poniesionych tytułem uczestnictwa w różnych formach kształcenia i doskonalenia zawodowego, po wcześniejszym sprawdzeniu pod względem formalnym w zakresie zgodności z obowiązującym Regulaminem zatwierdza na mocy uchwały Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w formie Zbiorczego Wniosku.
4. W przypadku kiedy wniosek nie spełnia wymogów formalnych w zakresie zgodności z Regulaminem Prezydium ORPiP na mocy uchwały podejmuje decyzje o odmowie przyznania refundacji.
5. Odwołanie za pośrednictwem Prezydium ORPiP do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu wnosi się w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma i uchwały. ORPiP rozpatruje odwołanie na najbliższym posiedzeniu, a decyzja przez nią podjęta w wyniku odwołania jest ostateczna.

## Rozdział II

### Formy kształcenia i doskonalenia zawodowego, rodzaje kształcenia podyplomowego

## § 1

1. Formami kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych podlegającymi refundacji są:
  - a) studia magisterskie w systemie niestacjonarnym na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, promocja zdrowia, zdrowie publiczne;
  - b) licencjat pielęgniarstwa i położnictwa.
2. Formami doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych podlegającymi refundacji są:
  - a) konferencje;
  - b) seminaria;
  - c) sympozja naukowe;
  - d) kongresy;
  - e) zjazdy naukowe;
  - f) szkolenia organizowane przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych, towarzystwa naukowe.
3. Rodzaje kształcenia podyplomowego podlegające refundacji:
  - a) szkolenia specjalizacyjne, zwane dalej specjalizacją,
  - b) kursy kwalifikacyjne;
  - c) kursy specjalistyczne;
  - d) kursy dokształcające.
4. OIPIP **refunduje koszt udziału** w formach kształcenia zawodowego pielęgniarek i położnych wymienionych w § 1 pkt 1 oraz rodzaje kształcenia podyplomowego wymienione w § 1 pkt 3 zgodnie z wysokością ustaloną w Rozdział IV Zasady i warunki przyznawania refundacji § 2 pkt 3.
5. OIPIP **refunduje koszt udziału i zakwaterowania** w formach doskonalenia zawodowego wymienionych w § 1 pkt 2.
  - a) dla **dwóch** osób zgodnie z profilem wykonywanej pracy. O udziale decyduje kolejność zgłoszenia;
  - b) dla **dwóch i więcej** osób jeżeli treści kierowane są do określonej grupy odbiorców np. piel. naczelnich, przełożonych, epidemiologicznych, oddziałowych), wówczas z refundacji mogą skorzystać osoby zatrudnione na tych stanowiskach za zgodą członków Prezydium.
6. OIPIP **refunduje koszt udziału bez kosztów zakwaterowania** dla **czterech** osób w przypadku, gdy koszt udziału w formach doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych wymienionych w § 1 pkt 2 nie przekracza **kwoty 100,00 zł.** (słownie: sto złotych)
7. Rodzaje kształcenia podyplomowego, o których mowa w § 1 pkt 3 lit. a–c będą refundowane, jeżeli prowadzone są przez organizatorów kształcenia, o których mowa w art. 75 ust.1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r., na podstawie programów przygotowanych przez zespoły programowe powołane przez dyrektora Centrum w celu ich opracowania, zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia – art. 78 ust.1 cytowanej ustawy.

## Rozdział III

### Osoby uprawnione do korzystania z refundacji

## § 1

1. Z refundacji mogą korzystać członkowie OIPIP spełniający następujące warunki:
  - a) są wpisani do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych prowadzanego przez ORPiP w Wałbrzychu;
  - b) minimum przez okres 2 lat poprzedzających złożenie wniosku regularnie i nieprzerwanie opłacają składki członkowskie;
  - c) są czynni zawodowo albo bezrobotni, zarejestrowani w Powiatowym Urzędzie Pracy w ciągu ostatnich 12 miesięcy;
  - d) dokonali aktualizacji danych osobowych w rejestrze pielęgniarek i rejestrze położnych.

## Rozdział IV

### Zasady i warunki przyznawania refundacji

## § 1

Refundacji dokonuje się wyłącznie na podstawie wniosku stanowiącego **załącznik nr 1 do niniejszego Regulaminu.**

Wniosek musi być wypełniony czytelnie, z podaniem wszystkich wymaganych jego treścią danych.

Do prawidłowo wypełnionego i złożonego w terminie wniosku muszą być dołączone dokumenty wyszczególnione na wniosku.

Z refundacji kosztów kształcenia za szkolenie specjalizacyjne, członek samorządu może skorzystać maksymalnie dwa razy, w odstępie co najmniej 4 lat od dnia zakończenia pierwszej specjalizacji refundowanej ze środków OIPIP w Wałbrzychu.

Wypłata refundacji nastąpi w terminie do 5 dni roboczych od dnia zatwierdzenia wniosku przez Prezydium lub ORPiP za:

- a) **szkolenie specjalizacyjne** – po uzyskaniu tytułu specjalisty i dostarczeniu dokumentu z CKPiP o zdanym egzaminie lub dyplomu;
- b) **studia magisterskie**
  - **I transza** po zakończeniu semestru i dostarczeniu zaświadczenia, że jest studentem II semestru wraz z zawartą Umową o dofinansowanie kształcenia podyplomowego, stanowiącą **załącznik nr 2 do niniejszego Regulaminu;**
  - **II transza** po uzyskaniu tytułu magistra i dostarczeniu dokumentu potwierdzającego ukończenie studiów
- c) **studia licencjackie**, pomostowe po uzyskaniu tytułu licencjata i dostarczeniu dyplomu.
- d) **kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, dokształcające** – po dostarczeniu dokumentu o ukończeniu kursu.

## § 2

1. Członkowi OIPIP może być przyznana refundacja w granicach ustalonego budżetu na dany rok.
2. Nieobecność w pracy na czas udziału w formach doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych podlegających refundacji uczestnik usprawiedliwia we własnym zakresie.

3. Wysokość refundacji kosztów związanych z kształceniem i doskonaleniem zawodowym wynosi:
- dla studiów magisterskich w systemie niestacjonarnym na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo, promocja zdrowia, zdrowie publiczne wynosi **4000,00 zł (słownie cztery tysiące złotych) w dwóch transzach**;
  - dla studiów licencjackich-pomostowych – **1000,00 zł (słownie: jeden tysiąc zł)**;
  - dla szkoleń specjalizacyjnych wynosi – **3000,00 zł (słownie trzy tysiące zł)**;
  - uchylony w całości;
  - dla kursów kwalifikacyjnych wynosi – **600,00 zł (słownie sześćset zł)**;
  - dla kursów specjalistycznych wynosi **50%** poniesionych kosztów przez uczestnika kursu;
  - dla kursów dokształcających zgodnie z profilem wykonywanej pracy – **50% kosztów, nie więcej niż 400 zł (słownie czterysta złotych)**.  
*Wnioski będą rozpatrywane indywidualnie przez Prezydium ORPiP z dołączoną ofertą organizatora.*
  - dla konferencji, seminariów, sympozjów naukowych, kongresów, zjazdów naukowych, szkoleń organizowanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych, towarzystwa naukowe refundacja wynosi **do 1000,00 zł poniesionych kosztów udziału przez uczestnika i 100% kosztów zakwaterowania bez zwrotu kosztów przejazdu**.
  - dla szkoleń specjalizacyjnych i kursów, dla których warunkiem ich rozpoczęcia jest ukończenie kursu specjalistycznego lub kwalifikacyjnego kwota refundacji jest łączona.  
Refundacja kosztów zgodnie z lit. c–e + koszt kursu wymaganego.
4. W przypadku specjalizacji, studiów magisterskich, licencjackich, kursów kwalifikacyjnych, specjalistycznych i dokształcających **nie ma refundacji kosztów dojazdu, zakwaterowania i wyżywienia.**

### § 3

- Rozliczenia kosztów kształcenia lub doskonalenia zawodowego należy dokonać w ciągu:
  - 30 dni kalendarzowych** od uzyskania dokumentu o zakończonym kursie;
  - W przypadku specjalizacji, studiów magisterskich, licencjackich w ciągu **60 dni** od daty wystawienia dokumentu przez CKPPIP lub uczelnię.
- W przypadku kiedy część kosztów pokrywa pracodawca, lub inny podmiot, i pielęgniarka lub położna może ubiegać się o refundację w OIPIP na zasadach określonych w Regulaminie. Kwota dofinansowania nie może przekroczyć kosztów szkolenia.

### § 4

- Pielęgniarki i położne OIPIP w Wałbrzychu mają prawo do refundacji części kosztów kształcenia **jeden raz w roku z wyjątkiem § 2 pkt 3 lit. i).**

- Wnioski rozpatruje i zatwierdza na podstawie sporządzonego Zbiorczego Wniosku Prezydium OIPIP w Wałbrzychu na mocy uchwały nie rzadziej niż jeden raz w miesiącu.
- Jeżeli wniosek o refundację kosztów kształcenia nie spełnia wymogów określonych w Regulaminie Prezydium ORPiP na mocy uchwały podejmuje decyzje o odmowie przyznania refundacji, informując pisemnie o podjętej decyzji wnioskodawcę.  
Uchwała wymaga uzasadnienia i pouczenia o trybie odwoławczym.
- Odwołanie za pośrednictwem Prezydium ORPiP do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu wnosi się w terminie 14 dni od daty otrzymania pisma i uchwały. ORPiP rozpatruje odwołanie na najbliższym posiedzeniu, a decyzja przez nią podjęta jest ostateczna.

### § 5

- Osoby uczestniczące w formach doskonalenia zawodowego wymienionych w Rozdz. II § 1 pkt 2 zobowiązane są do sporządzenia w terminie 30 dni sprawozdania z przebiegu konferencji, której treści merytoryczne mają posłużyć jako materiał szkoleniowy dla pielęgniarek i położnych i będą zamieszczone w Biuletynie Informacyjnym OIPIP w Wałbrzychu lub na stronie internetowej OIPIP w Wałbrzychu.
- Brak sprawozdania, czy treści, które nie spełniają wymogów określonych w pkt. 1 dyskwalifikują uczestnika z możliwości ubiegania się o ponowną refundację przez kolejne dwa lata.
- Nie podjęcie przez wnioskodawcę refundacji **w ciągu 90 dni** od jej przyznania spowoduje w wygaśnięcie decyzji w tym zakresie i utratę refundacji. Informację w przedmiotowej sprawie wnioskodawca otrzymuje na piśmie.

## Rozdział V

### Zasady szczegółowe

#### § 1

- Otrzymanie refundacji kosztów związanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych raz udział w konferencjach, seminariach, sympozjach naukowych, kongresach, zjazdach naukowych, szkoleniach organizowanych przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych, Okręgowe Rady Pielęgniarek i Położnych, towarzystwa naukowe, jest dochoodem członka samorządu i podlega rozliczeniu przy składaniu rocznego zeznania podatkowego przez członka samorządu.
- Księgowość OIPIP w Wałbrzychu wyda stosowany dokument umożliwiający członkowi samorządu rozliczenie z Urzędem Skarbowym.
- Każdą zmianę obowiązującego regulaminu podejmuje Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu na mocy uchwały.
- Wymagane dokumenty, które wpłyną do OIPIP w Wałbrzychu w dniu posiedzenia Prezydium, rozpatrywane będą na najbliższym posiedzeniu Prezydium zgodnie z harmonogramem posiedzeń dostępnym na stronie internetowej.

# 15 LUTEGO – EUROPEJSKI DZIEŃ PIEŁĘGNIARKI OPERACYJNEJ

## Szanowne Koleżanki i Koledzy

w imieniu Zarządu Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek i własnym, z okazji Europejskiego Dnia Pielęgniarki Operacyjnej, przyjmijcie życzenia zdrowia, pomyślności i wszystkiego co najlepsze. Życzę nam wszystkim pracy w bezpiecznych warunkach, również organizacyjnych. Niech zespoły operacyjne, których jesteście częścią, będą pełne, niech przy każdej operacji będą zawsze dwie pielęgniarki operacyjne (położne operacyjne): instrumentująca i pomagająca. Niech nasi pracodawcy dojrzeją do myśli, by umożliwić nam pracę zgodną ze standardami pielęgniarskiej praktyki klinicznej w dziedzinie pielęgniarstwa operacyjnego.

*z wyrazami szacunku  
Joanna Borzęcka  
prezes Ogólnopolskiego  
Stowarzyszenia Instrumentariuszek*



## *a oto kilka słów od Zarządu EORNA*

## Szanowne Koleżanki i Koledzy

W imieniu zarządu EORNA  
życzymy Wam szczęśliwego i pełnego inicjatywy Europejskiego Dnia Pielęgniarki Operacyjnej.

W roku 2018 hasłem tego dnia jest:

**Profesjonalizm · Odpowiedzialność · Humanitarność**

Celem Europejskiego Dnia Pielęgniarki Operacyjnej jest zachęcenie do refleksji i skupienia nie tylko nad jakością i wysokim poziomem świadczonej opieki, ale także w zakresie ludzkiego wymiaru naszego zawodu. Wszyscy wiemy, że pielęgniarstwo w okresie okołoperacyjnym jest przede wszystkim profesją związaną z zajmowaniem się innymi ludźmi. Promujemy opiekę dostosowaną indywidualnie do każdego pacjenta.

Szczęśliwego Dnia Pielęgniarki Operacyjnej dla każdego z osobna i wszystkich razem

*Prezes EORNA May Karam*

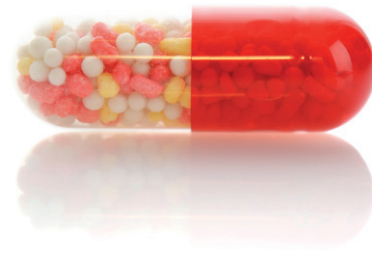
*Wiceprezes EORNA Jana Wichsova*

# BÓL (część II)

mgr pielęgniarstwa Katarzyna Leksowska-Osińska  
specjalistka w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego

*„Ból fizyczny ma w sobie to dobre, że jeśli przekroczy pewną granicę, zabija. Ból psychiczny, kiedy boli nas serce, zabija nas codziennie od nowa, jednak ciągle żyjemy.*

Paulo Coelho



## 1. CO OZNACZA POJĘCIE „PRÓG BÓLU” I JAK WYKORZYSTAĆ GO W WALCIE Z BÓLEM?

Przez **próg czucia bólu** rozumie się najmniejsze natężenie bodźca, które powoduje świadome odczuwanie bólu. Próg ten jest dość stabilny i stosunkowo mało indywidualnie zróżnicowany. Z kolei **próg tolerancji bólu** oznacza największe natężenie bólu, które człowiek cierpiący określa jako jeszcze do zniesienia. Wartość tego progu jest bardzo zmienna i zależy od wielu czynników, w tym zwłaszcza od aktualnego stanu emocjonalnego.

### Czynniki podwyższające i obniżające próg bólowy

Odczuwanie bólu jest sprawą osobniczo zmienną, zależną od wielu czynników, np. wieku, płci, uwarunkowań genetycznych, uwarunkowań psychicznych, współistniejących chorób, itp. To co dla jednej osoby jest bólem nie do wytrzymania, dla innej jest zaledwie przykrym odczuciem nie mającym większego wpływu na zwykłą, codzienną aktywność. Ból wywołują czynniki o wartości ponadprogowej, czyli przekraczające poziom tolerancji nocyceptorów, czynniki podprogowe reakcji bólowej nie wywołują. Próg tolerancji nocyceptorów jest wartością indywidualną dla każdego człowieka.

Odczuwanie bólu przez pacjenta może być modulowane przez wiele czynników. Czynniki obniżające próg bólowy – potęgują i przyspieszają wystąpienie bólu, czynniki podwyższające próg bólowy – osłabiają i opóźniają wystąpienie bólu.

CZYNNIKI PODNOSZĄCE PRÓG BÓLOWY:	CZYNNIKI OBNIŻAJĄCE PRÓG BÓLOWY:
- złagodzenie objawów choroby	- nasilenie objawów choroby
- sen	- bezsenność, zmęczenie
- odpoczynek	- smutek, depresja
- poprawienie nastroju	- gorączka
- uspokojenie	- niepokój, gniew, lęk
- właściwa informacja	- opuszczenie przez bliskich
- rozładowanie emocji	- brak wiary w skuteczność terapii p/bólowej
- obecność bliskich osób	- zamknięcie w sobie
- zajęcia pochłaniające uwagę	- niewygoda, nuda
- zapewnienie komfortu	

Pamiętać należy, że odczuwanie bólu jest indywidualną reakcją pacjenta i czasem ten sam czynnik może wywołać u różnych chorych diametralnie odmienny skutek.

## 2. JAK ZDIAGNOZOWAĆ BÓL?

Znajomość rodzajów, mechanizmów powstawania, konsekwencji przeżywania bólu, przy obecnym stanie medycyny jest coraz głębsza, wiadomo również, że prawidłowa terapia bólu jest możliwa jedynie pod warunkiem kompleksowej diagnostyki. Tymczasem wciąż skupiamy się w diagnozowaniu właściwie głównie na aspekcie somatycznym odczuwania bólu nie doceniając i nie zajmując się innymi wymiarami doznawania bólu – pytamy tylko „Jak bardzo boli?”, rzadko o to „Kiedy boli?”, „Co nasila ból?”, „Jak ból wpływa na twoje codzienną aktywność, pracę, relacje rodzinne, funkcjonowanie w społeczeństwie?”. O ile takie podejście, może dać pewne wymierne skutki w ocenie bólu ostrego, to już w przypadku przewlekłych zespołów bólowych jest absolutnie niedostateczne. Ból jest doznaniem wielowymiarowym i subiektywnym, i dlatego nie ma możliwości dokonywania ocen bezpośrednich i obiektywnych. Podstawową zasadą jest ustalenie przyczyny bólu. Bez względu jednak na to, czy uda się znaleźć organiczną podstawę odczuwanego bólu, czy też przeważają problemy psychologiczne nim spowodowane, to postępowanie diagnostyczne powinno zmierzać do ustalenia możliwie wszystkich czynników biomedycznych, psychologicznych i społecznych wpływających na charakter bólu, stopień jego natężenia, czas trwania, stopień upośledzenia fizycznego i psychicznego pacjenta, uniemożliwiający prowadzenie normalnego życia albo podjęcie pracy.

Diagnostyka bólu obejmuje badanie przedmiotowe i podmiotowe pacjenta oraz wielowymiarową ocenę samego bólu.

### Badanie przedmiotowe to:

- wywiad – uzyskanie informacji na temat wszystkich cech bólu, dotychczasowej jego terapii, jej efektywności, niepowodzeń, działań niepożądanych. innych schorzeń, zabiegów itd.
- badanie psychologiczne – ocena związanego z bólem cierpienia, wpływu na jakość życia, zmian nastroju, stopnia depresji, lęku, niepokoju, zmian osobowości
- ocena zachowań bólowych – u chorych z bólem przewlekłym można opisać różne formy tzw. „zachowań bólowych”, których często oni sami nie są w pełni świadomi. Zachowań takich nie należy mylić z symulowaniem objawów, czyli ze świadomym wprowadzaniem w błąd otoczenia, w celu uzyskania określonych korzyści, np. finansowych, np. westchnienia, jęki,

bardzo powolne poruszanie się, zatrzymywanie się na odpoczynku podczas chodzenia, drażliwość, utykanie, częsta zmiana pozycji ciała lub siedzenie nieruchomo w jednej pozycji.

**Badanie podmiotowe** musi obejmować pełne badanie fizykalne uzupełnione o szczegółowe badanie neurologiczne, trzeba jednak pamiętać, że czasami nie ma bezpośrednio związku między zaawansowaniem zmian patologicznych i stopniem natężenia bólu. Wykonane badania obrazowe czy laboratoryjne mogą nie mówić wszystkiego o wydolności chorego, ocena parametrów fizjologicznych związanych z odczuwanym bólem (RR, tętno, temperatura, oddech, badanie elektromiograficzne, poziom substancji P w płynie mózgowo-rdzeniowym itd.) mają wyłącznie charakter pomocniczy.

**Ocena bólu** zawsze powinna zaczynać się od zbadania pacjenta skalą CAS (badanie przesiewowe funkcji poznawczych skalą CAS – Skala Oceny Poznawczej. Obejmuje 12 pytań sprawdzających orientację auto- i allopsychiczną chorego, np. ile ma pan(i) lat?, gdzie się znajdujemy? kto jest prezydentem? jakie są kolory flagi państwowej? jaki mamy rok?; za każde pytanie pacjent otrzymuje 0 lub 1 punkt, zebranie 11–12 punktów oznacza normę, 8–10 punktów – łagodne zaburzenia poznawcze, 7 i mniej – ciężkie zaburzenia poznawcze – otrzymany wynik nakłada na wielodyscyplinarny zespół opiekujący się pacjentem z bólem obowiązek zastosowania adekwatnych do skali zaburzeń metod oceny bólu. Dotyczy to nie tylko pacjentów z bólem przewlekłym, którzy w naturalny sposób mogą być niekompetentni w ocenie własnego bólu (np. chorzy zażywający opioidy mogące zaburzać ich funkcje poznawcze, pacjenci z degeneracyjnymi chorobami układu nerwowego, pacjenci upośledzeni, chorzy psychiczni, itp.), ale również pacjentów z bólem ostrym. Zakładamy, często błędnie, że pacjent z bólem ostrym to pacjent w pełni zorientowany, z pełną możliwością oceny własnych doznań, w tym bólowych. Tymczasem wiadomo doskonale, że często ich logika jest niepełna, oceny i zachowania nieadekwatne (np. pacjenci po znieczuleniu szczególnie w podeszłym wieku, nieprzytomni, z bólem pourazowym po podaniu silnych leków analgetycznych, chorzy psychicznie, demencyjni, itd.), mylnie jest więc zakładanie z góry, że pacjent z bólem ostrym to pacjent bez żadnych zaburzeń poznawczych.

#### Ocena bólu u chorych bez zaburzeń poznawczych lub z zaburzeniami niewielkimi ( 12–8 punktów w skali CAS)

– wszystkie osoby opiekujące się chorym z powodu bólu przewlekłego powinny być przeszkolone w zakresie oceny i leczenia bólu. Należy dodatkowo pamiętać, że u chorego może wystąpić dodatkowy ból z innej przyczyny niż podstawowa.

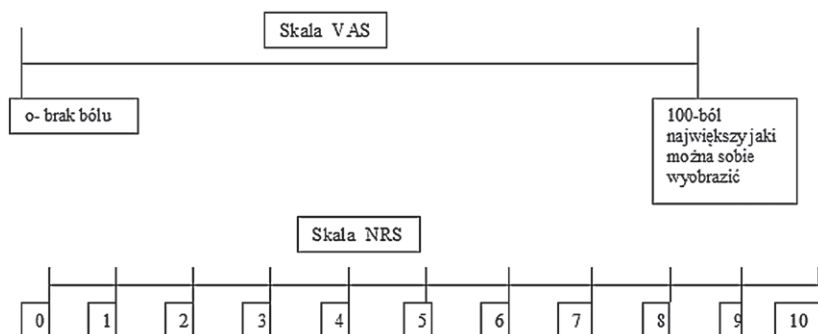
Chory, jeśli tylko jest w stanie, powinien być pierwszą osobą, dokonującą oceny własnego bólu. Indywidualne odczuwanie

bólu nie musi być związane z widocznym uszkodzeniem tkanek, ani być proporcjonalne do jego stopnia. Nie istnieje pojedyncza cecha mogąca być jednoznacznie oceną bólu.

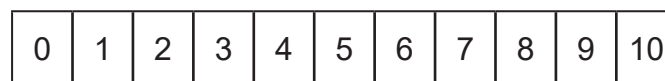
Do samooceny bólu przez chorego należy używać prostych, jasnych metod.

a) skala wzrokowo-analogowa (Visual Analogue Score – VAS) – jest to graficzna skala, chory zaznacza stopień natężenia bólu na linii o długości 100 mm, gdzie 0 oznacza brak bólu, a 100 mm – najsilniejszy ból jaki można sobie wyobrazić. Ok. 7–10% badanych osób ma problemy z umiejscowieniem bólu na tej skali, chorzy rzadko używają punktów skrajnych. Jak wykazuje praktyka, bóle umiarkowane, akceptowane przez pacjentów, a więc wskazujące na prawidłowo prowadzone leczenie, mieszczą się w przedziale 0–30 mm. Bóle o nasileniu VAS wynoszącym 70–100 mm traktować trzeba jako silne, nie do wytrzymania, wskazują na poważne błędy w leczeniu i wymagają natychmiastowej interwencji. Jeżeli wzdłuż przebiegu linii rozmieszczone są dodatkowo określenia słowne stopnia natężenia bólu, to nazywa się ją graficzną skalą opisową

b) skala numeryczna ( Numerical Rating Scale – NRS) – 10 cm odcinek podzielony jest na mniejsze, odcinki jednocentymetrowe z przypisanymi wartościami od 0 do 10. Chory określa lub wskazuje konkretną wartość. Skala odwołuje się do doświadczeń i wyobraźni chorego, a jednocześnie pozwala na zapisanie wyniku w postaci liczby i porównanie wyników w czasie kolejnych badań. Jest to dobra metoda mierzenia bólu i oceny leczenia p/bólowego

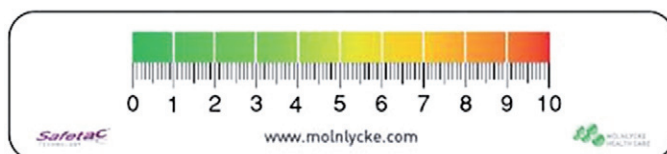


Inne przykłady skali NRS:



#### Skala mierzenia bólu

Wybierz liczbę od 0 do 10, która najlepiej opisuje natężenie bólu



c) skala słowna (Verbal Rating Scale – VRS) – skala oceniająca ból w sposób opisowy. Skala ta jest często stosowana i zalecana przez wielu autorów, jednak wadą mogą być trudności w interpretowaniu określeń bólu oraz fakt, że chorzy rzadko wybierają punkty skrajne skali

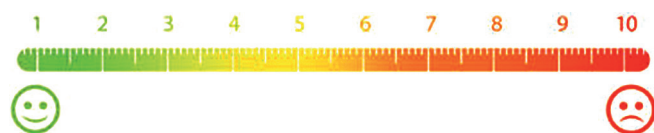
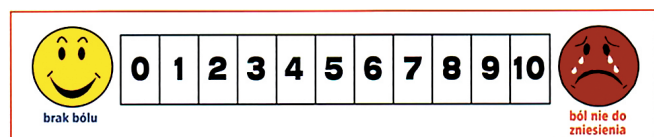
\* skala 4-stopniowa: 0 – brak bólu, 1 – ból słaby, 2 – umiarkowany, 3 – silny;

\* skala 5-stopniowa (Likkerta): brak bólu, ból słaby, umiarkowany, silny, nie do zniesienia.

Skala pięciostopniowa (skala Likerta)

bardzo małe nasilenie	małe nasilenie	średnie nasilenie	duże nasilenie	bardzo duże nasilenie
-----------------------	----------------	-------------------	----------------	-----------------------

d) inne skale pomiaru bólu – Faces Pain Scale (reakcja mimiczna na ból – „buźki” od uśmiechniętej do płaczącej), Prince Henry Hospital Pain Score – Skala Szpitala Księcia Henryka – natężenie bólu ocenia się w spoczynku, podczas głębokiego oddechu i kaszlu. Skala Laitinena jest kolejnym subiektywnym i punktowym narzędziem służącym do oceny poziomu bólu. Pacjenci mają możliwość oceny czterech wskaźników: nasilenie bólu, częstotliwość występowania bólu, częstotliwość zażywania środków przeciwbólowych, ograniczenie aktywności ruchowej. Przedstawione skale uwzględniają tylko zmysłowy wymiar bólu. Ponieważ nie obejmuje to całości doznań pacjenta, wielu badaczy proponuje używanie skal w skojarzeniu z kwestionariuszami opisującymi zachowania chorych.



Wybierz obraz, który najlepiej opisuje natężenie odczuwanego bólu



e) skala oceny stresu (PDS) – jest także skalą numeryczną z graficznym odcinkiem o określonej długości, na którym chory zaznacza nasilenie stresu związanego z odczuwaniem bólu.

Na dwóch końcach tego odcinka znajdują się skrajne opisy odczuwanego stresu: „0” oznacza brak stresu a „10” stres maksymalnie odczuwany. Wzdłuż poziomej linii znajdują się słowne określenia natężenia stresu

(lekki stres, średni, silny)

f) Zmodyfikowany Arkusze Oceny Bólu wg Szatanika – wielowymiarowa struktura percepcji bólu jest uwzględniana w kwestionariuszach pomiaru bólu. Są one popularnymi metodami, często konstruowanymi empirycznie. W 1975 roku Melzack i Torgerson wprowadzili pomiar percepcji bólu znany pod nazwą Kwestionariusza Melzacka (MPQ Melzack Pain Questionnaire). Narzędzie to umożliwia pomiar natężenia bólu w oparciu o słowa wybrane przez badanego jako najlepiej obrazujące aktualne odczucie. Umożliwia on pomiar ilościowy i jakościowy doznań bólowych badanego, biorąc pod uwagę ich aspekt emocjonalny, poznawczy i sensoryczny. W 1984 roku Szatanik opracował uproszczoną wersję kwestionariusza bólu McGill-Melzacka i nazwał ją Arkuszem Oceny Bólu. Ta wersja kwestionariuszowej techniki badania bólu przystosowana jest do semantyki języka polskiego. Arkusze Oceny Bólu składa się z 43 słów podzielonych na 20 grup uwzględniających dwie kategorie: pozycje 1 do 15 – kategoria sensoryczna, pozycja 16 do 20 – kategoria emocjonalna.

g) Karta Oceny Bólu Memorial (Memorial Pain Assessment Card – MPAC) – jest przykładem prostego kwestionariusza, który jest zalecany w ocenie bólu i monitorowaniu leczenia bólu głównie u pacjentów z chorobą nowotworową. Ze względu na zadowalające własności psychometryczne kwestionariusza i jego prostotę znajduje on zastosowanie w opiece paliatywnej. Zawiera:

- skalę natężenia bólu (najślabszy możliwy ból – najsilniejszy możliwy ból)
- skalę ulgi w bólu (brak ulgi w bólu – całkowita ulga w bólu)
- skalę nastroju (najgorszy nastrój – najlepszy nastrój)

h) Kwestionariusz Przekonań na Temat Kontroli Bólu (BPCQ) – opracowany przez Skevington (1990), w polskiej adaptacji Juczyńskiego jest przeznaczony do grupowego i indywidualnego badania osób chorych, uskarżających się na ból różnego rodzaju. Kwestionariusz składa się z 13 stwierdzeń wchodzących w skład trzech czynników, które mierzą siłę indywidualnych przekonań dotyczących kontrolowania bólu osobiście (czynniki wewnętrzne), poprzez wpływ lekarzy (siły innych), czy też poprzez przypadkowe zdarzenia. Czas wykonywania testu nieograniczony, średnio zajmuje 10 minut. Jest wypełniany samodzielnie przez badanego. Krótka instrukcja, poprzedzająca stwierdzenia zawarte w kwestionariuszu, podaje sposób wykonania zadania polegający na odpowiedzi na każde ze stwierdzeń:

- 1 – nie, zupełnie nie zgadzam się
- 2 – nie zgadzam się
- 3 – raczej nie zgadzam się
- 4 – raczej zgadzam się
- 5 – zgadzam się
- 6 – tak, całkowicie zgadzam się.

Obliczanie i interpretacja – wyników nie możemy przedstawić w postaci pojedynczego wskaźnika. Dla każdego wymiaru umiejscowienia kontroli bólu oblicza się oddzielnie sumę wyników. Zakres możliwych do uzyskania punktów wynosi od 5 do 30 punktów – w odniesieniu do kontroli wewnętrznej oraz od 4 do 24 punktów – dla dwóch pozostałych wymiarów.



Wyższy wynik któregoś z czynników odzwierciedla silniejsze przekonania, że ból może zostać opanowany poprzez wpływ właśnie tego czynnika.

i) Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem (CSQ) Rosenstiela i Keefe w polskiej adaptacji Juszczyńskiego – kwestionariusz mierzy różne sposoby radzenia sobie z bólem, które odzwierciedlają 7 strategii: sześć poznawczych i jedną behawioralną. Są to: odwracanie uwagi, przewartościowanie doznań bólu, katastrofizowanie, ignorowanie doznań, modlenie się/pokładanie nadziei, deklarowanie radzenia sobie – strategię poznawczą; zwiększona aktywność behawioralna – strategia behawioralna. Składa się z 42 stwierdzeń opisujących różnego rodzaju sposoby radzenia sobie z bólem oraz dwóch pytań dotyczących oceny własnych umiejętności zastosowania różnych strategii dla poradzenia sobie i obniżenia bólu. Ponadto kwestionariusz pozwala określić stopień panowania nad bólem oraz zdolność zmniejszenia bólu. Przeznaczony do badania osób dorosłych, chorych, uskarżających się na ból. Kwestionariusz może mieć zastosowanie w diagnostyce i terapii pacjentów z bólem, leczonych ambulatoryjnie lub stacjonarnie. CSQ pozwala na prognozowanie przystosowania się do przewlekłego bólu. Służy również do oceny własnych umiejętności zastosowania różnych strategii dla poradzenia sobie i obniżenia bólu. Wskazane jest uzupełnienie wyników CSQ pomiarem umiejscowienia kontroli bólu kwestionariuszem BPCQ. Badanie grupowe lub indywidualne. Czas wykonywania testu nieograniczony, średnio zajmuje 15 minut. Kwestionariusz badany wypełnia samodzielnie. Instrukcja wyjaśnia, że zadaniem badanego jest ocena częstotliwości postępowania w podany sposób w przypadku odczuwania bólu od 0 – nigdy tak nie postępuję do 6- zawsze tak postępuję. Z kolei stopień opanowania bólu wyrażają oceny: 0 – nie panuję; 6 – całkowicie panuję, a stopień możliwości zmniejszenia oceny 0 – w ogóle nie potrafię go zmniejszyć; 6- potrafię go całkowicie zmniejszyć. W skład każdej z 7 strategii wchodzi 6 stwierdzeń. Wynik mieści się w obszarze od 0–36. Im wyższy wynik tym większe znaczenie przypisywane danemu sposobowi radzenia sobie z bólem.

j) metody określenia potrzeb i zasobów duchowych – poszukiwano możliwości badania potrzeb duchowych za pomocą metody dostosowanej do osób będących w różnym stanie fizycznym i psychicznym. Z założenia powinna to być metoda krótka, dająca możliwie jak najbardziej indywidualny obraz duchowego funkcjonowania osób wspieranych, pozwalająca również na prowadzenie stosunkowo swobodnej rozmowy z pacjentem. Przeprowadzone analizy doprowadziły do nieznanego w Polsce testu FICA (Faith and Believe, Importance, Community, Address in care) autorstwa prof. Christiny M. Puchalski. To proste narzędzie w rzetelny sposób pozwala ocenić doświadczenie duchowe osób otaczanych opieką medyczną i pomocą społeczną przez kapłanów i wolontariuszy. Kwestionariusz potrzeb duchowych (SpNQ) -dla wielu pacjentów borykających się z chorobami przewlekłymi, duchowość / religijność jest ważnym zasobem radzenia sobie z bólem, chorobą, cierpieniem. Jednak pacjenci często zgłaszają niezaspokojone potrzeby psychospołeczne i duchowe. Troska o potrzeby duchowe jest istotna nie tylko dla pacjentów pod koniec ich życia, ale także do tych, którzy cierpią choroby przewlekłe. Pacjenci powinni ocenić, czy obecnie mają poszczególne potrzeby (tak / nie), i jak wielki znaczenie mają one do nich. Aby zmierzyć znaczenie potrzeb duchowych dla je-

dnostki, instrument wykorzystuje 4-punktową skalę (0 – wcale; 1 – nieco; 2 – silna; 3 – bardzo silny). Kwestionariusz odróżnia 4 główne potrzeby duchowe: 1. religijne – to znaczy, modlitwa z siebie i innych, uczestnictwo w ceremoniach religijnych, czytanie ksiązek religijnych, zwracanie się do wyższej obecności (tj Bóg, anioły itp) 2. wewnętrznego spokoju – czyli chcą mieszkać w pięknych miejscach, w ciszy i spokoju, zanurzyć się piękno przyrody, znalezienie wewnętrznego spokoju, rozmowy z innymi na temat lęków i obaw, 3. egzystencjalna – czyli odzwierciedla dotychczasowe życie, rozmowy o sensie życia / cierpienia, mówienie o możliwości wystąpienia życia po śmierci, etc. 4. nadanie sensu – czyli przekazanie własnego doświadczenia życiowego innym i pewność, że twoje życie było znaczące i wartościowe.

**Ocena bólu pacjentów z ciężkimi zaburzeniami poznawczymi (7 i mniej w skali CAS)** – właściwa ocena bólu stanowi podstawę jego dobrej i skutecznej farmakoterapii. Znaczącym problemem staje się ocena bólu u chorych z zaburzeniami poznawczymi, u których nie można zastosować standardowych narzędzi badawczych. U osób nieprzytomnych, bez logicznego kontaktu, często wykorzystuje się skalę Doloplus, opierającą się na danych dotyczących zachowania pacjenta z dokumentacji medycznej i obserwacji. Ocenie podlegają trzy obszary zawierające 10 pozycji ocenianych w skali od 0 do 3. Behawioralna Ocena Bólu Doloplus obejmuje:

- reakcje somatyczne (dolegliwości somatyczne, pozycja obronna, ochrona bolesnych miejsc, wyraz twarzy, sen),
- reakcje psychomotoryczne (aktywność życia codziennego, zdolność poruszania się),
- reakcje psychospołeczne (komunikacja, życie społeczne, problemy zachowania).

W sytuacji gdy chory nie jest w stanie sam ocenić bólu, jego nasilenie ocenia cały zespół ludzi sprawujących nad nim opiekę.

Ocena bólu jest zawsze subiektywna, a obserwator nie może „wczuć się” w sytuację chorego. Personel medyczny sprawujący opiekę nad chorym cierpiącym z powodu bólu przewlekłego często ocenia stopień jego natężenia jako najmniejszy, natomiast rodzina chorego ma raczej tendencję do przeszacowania natężenia bólu, nawet w stosunku do oceny podawanej przez samego chorego. Dlatego ocena natężenia bólu dokonana przez chorego powinna być traktowana jako najbardziej wiarygodna. Indywidualne odczuwanie bólu nie musi być związane z widocznym uszkodzeniem tkanek, ani być proporcjonalne do jego stopnia. Nie istnieje pojedyncza cecha mogąca być jednoznaczna oceną bólu.

Każdy pacjent powinien być wstępnie oceniony pod kątem występowania bólu – pozwala to na identyfikację pacjentów z problemem bólu i podjęcie wczesnych działań. Wynik mieszczący się w zakresie 0–3 wg skali oceny natężenia bólu wymaga wpisu do karty gorączkowej pacjenta i codziennej weryfikacji oceny. Wynik mieszczący się w zakresie powyżej 3 w warunkach statycznych i 4 w warunkach dynamicznych – wymaga założenia indywidualnej karty monitorowania bólu i indywidualnej karty dokumentacji postępowania p/bólowego (w karcie leków zapisujemy godzinę, drogę, nazwę podanego leku, reakcję analgetyczną i występujące ewentualnie objawy niepożądane) i starannego ich prowadzenia. Karta ta nie jest kartą zleceń i prowadzone w niej zapisy nie skutkują podaniem leku przez pielęgniarkę – podanie leku następuje po wpisaniu zlecenia do indywidualnej karty zleceń lekarskich pacjenta.

# KONFERENCJA SZKOLENIOWO-NAUKOWA

## I FORUM LECZENIA RAN

12–14 października 2017 r. – Zakopane

„Forum Leczenia Ran” pod hasłem „Postępowanie z raną trudno gojącą się – fakty i mity” prowadzoną we ścisłej współpracy z Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych. Organizatorem konferencji była Katedra Zakład Anatomii Opisowej i Topograficznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego oraz Evereth Publishing.

W związku z dużym zainteresowaniem środowiska medycznego tematem leczenia ran ideą tej konferencji była prezentacja faktów opartych na wytycznych i rekomendacjach naukowych i wskazywanie błędów w leczeniu oraz obalanie mitów. Wykładowcami na konferencji byli lekarze różnych specjalności, pielęgniarki oraz wszyscy, którzy w swojej codziennej praktyce stykają się z problematyką leczenia ran o różnej etiologii, zarówno w opiece szpitalnej, ambulatoryjnej jak i domowej. Poza sesjami wykładowymi można było wziąć udział w tematycznych warsztatach szkoleniowych (produktywnych) oraz panelach dyskusyjnych. Wykład inauguracyjny wy-

głosił dr hab. n. med. Marek Kucharzewski pt. „Postępowanie z raną przewlekłą” – pierwsze podsumowania i refleksje.

Obecnie leczenie ran przewlekłych stanowi duże wyzwanie nie tylko dla środowiska medycznego, które w codziennej praktyce zmagają się z trudną problematyką leczenia i opieką nad raną trudno gojącą się, ale również dla firm medycznych, farmaceutycznych, żywieniowych, opatrunkowych oraz wytwarzających sprzęt pomocniczy np. materace p/odleżynowe, aparaty do ozonoterapii, aparat do przezskórnej oceny ciśnienia parcjalnego tlenu – TcPO<sub>2</sub> i wiele innych. Leczenie ran nie może być prowadzone przez jednego specjalistę. W większości przypadków jest to zespół wielodyscyplinarny w skład którego wchodzi m.in. pielęgniarka, chirurg ogólny, chirurg naczyniowy, ortopeda, neurolog, kardiolog, nefrolog, mikrobiolog, radiolog, pediatra, pielęgniarka pediatryczna, dietetyk, psycholog, fizjoterapeuta. Tylko taki zespół daje szansę osiągnięcia celu terapeutycznego. Po-



Edukacja chorych i ich rodzin jest niezbędnym elementem kompleksowej opieki nad chorym z raną przewlekłą

dobnie wygląda leczenie opatrunkowe, które nie może być podejmowane jako jedyny element leczenia ran przewlekłych lub trudno gojących się, ale jako składowa wielu elementów. Proces gojenia jest trudny i długotrwały, wymaga nakładu wielu środków. Współcześnie istnieje wiele nowoczesnych metod wspomaganie leczenia ran, które powinny być dobierane dla każdego pacjenta indywidualnie należą do nich m.in.:

- czynniki wzrostowe,
- miejscowa terapia podciśnieniowa (MTP) VAC (ang. *Vacuum Assisted Closure*), znana też pod nazwa NPWT (ang. *Negative Pressure Wound Therapy*),
- komora hiperbaryczna,
- skóra zastępcza,
- oczyszczenie enzymatyczne,
- oczyszczanie biologiczne – terapia Maggot (larwoterapia),
- oczyszczenie autolityczne,
- ozonoterapia,
- zabiegi pomostowania naczyniowego czy angioplastykę.

### Krótką historią technik pielęgnacji rany

Najstarsze zapiski traktujące o technikach pielęgnacji rany pochodzą z Papirusów z Ebers datowanych na ok. 1500 lat p.n.e., w których to opisano wykorzystanie opatrunku, tłuszczu zwierzęcego oraz miodu jako substancji kryjących ranę. Opatrunek tworzył włóknistą podstawę do wytworzenia zamknięcia rany. Tłuszcz zwierzęcy pełnił funkcję bariery dla patogenów, a miód pełnił rolę środka antyseptycznego. W późniejszych czasach Grecy wprowadzili rozróżnienie pomiędzy ranami ostrymi i przewlekłymi, nazywając je odpowiednio „świeżymi” i „nie gojącymi się”. Galen z Pergamonu, grecki chirurg opiekujący się rzymskimi gladiatorami ok. 120–201 roku p.n.e. dokonał dalszego postępu na polu pielęgnacji ran. Jedną z innowacji było uświadomienie potrzeby nawilżania rany w celu zapewnienia prawidłowego procesu gojenia. Hippokrates z Kos (460–377 p.n.e.) grecki lekarz, zwany „ojcem medycyny” leczył rany z wykorzystaniem wina i octu. Niemniej jednak znaczącego postępu dokonano wiele wieków później wraz z rozwojem mikrobiologii i patologii komórkowej w XIX wieku. W 1847 roku Ignaz Philipp Semmelweis (1818–1865), węgierski położnik, opracował metody antyseptyczne w procedurach chirurgicznych z wykorzystaniem roztworu podchlorynu wapnia. W tamtych czasach gorączka połogowa była przyczyną wielu zgonów kobiet po porodzie. Wprowadzona przez niego technika w znaczącym stopniu obniżyła śmiertelność wśród kobiet rodzących na jego oddziale. W roku 1865 angielski chirurg Joseph Lister (1827–1912) przedstawił światu metodę aseptyki narzędzi, nici chirurgicznych i ran, z wykorzystaniem kwasu karbolowego, co znacznie obniżyło wskaźniki zakażeń na jego oddziale. W latach sześćdziesiątych dwudziestego wieku odkryto znaczenie nawilżania rany, co zmieniło tradycyjną koncepcję leczenia ran. Zamiast pozwalać ranie wyschnąć udowodniono, że utrzymywanie środowiska rany w warunkach wilgotnych daje lepszy efekt kliniczny. Wraz z udoskonalaniem materiałów i teorii o tkankach, wiedza o pielęgnacji ran znacznie się powiększyła. Aktualnie istnieją setki różnych rodzajów opatrunków przeznaczonych dla różnych typów ran. Im lepiej pozna jest patofizjologia procesu gojenia się rany, tym bardziej wyrafinowane produkty można będzie wytworzyć. Ostatnie odkrycia obejmują np. wykorzystanie substytutów skóry, czynników wzrostu i kultur komórek naskórka, co otwiera nowe wymiary na polu leczenia ran.

Im lepiej pozna jest patofizjologia procesu gojenia się rany, tym bardziej wyrafinowane produkty można będzie wytworzyć. Ostatnie odkrycia obejmują np. wykorzystanie substytutów skóry, czynników wzrostu i kultur komórek naskórka, co otwiera nowe wymiary na polu leczenia ran.

Jednym z ważnych elementów w leczeniu ran jest postępowanie zgodne z wytycznymi PTLR, które opierają się na badaniach naukowych i doświadczeniach własnych grupy roboczej członków PTLR.

### WYTYCZNE PTLR POSTĘPOWANIA MIEJSCOWEGO I OGÓLNEGO W RANACH OBJĘTYCH PROCESEM INFЕКCJI

#### Definicja rany przewlekłej

Każda rana, która nie wykazuje cech gojenia samodzielnego lub też w przypadku, której proces gojenia nie kończy się



Nie ma idealnego opatrunku dla każdej rany.  
Nie ma też złych opatrunków, są tylko niewłaściwie zastosowane

na przestrzeni 4–6 tygodni, nazwana jest raną niegojącą – inaczej przewlekłą.

Rany przewlekłe o charakterze owrzodzenia powstają na skutek miejscowych zaburzeń w odżywianiu skóry, które są konsekwencją występowania zmian w obrębie naczyń krwionośnych, zmian neuropatycznych, cukrzycy, narażenia na długotrwałe ucisk.

Rana przewlekła jest przyczyną przewlekłego bólu i zaburzeń funkcjonalnych, potencjalnym źródłem infekcji wtórnych oraz powodem dyskomfortu i zaburzeń relacji z otoczeniem; a ostatecznie wpływa na znaczne obniżenie wskaźnika jakości życia. W Polsce liczbę pacjentów z niegojącymi się ranami szacuje się na ok. 500 tys.

Rany przewlekłe występują najczęściej w obrębie kończyn dolnych w następstwie chorób naczyniowo-niedokrwiennych, a także z powodu występowania przeciążeń wynikających z funkcji podporowej kończyn dolnych oraz związanego z tym dużego ryzyka urazu (owrzodzenia żyłne, tętnicze, mieszane, zespół stopy cukrzycowej).

Rany przewlekłe w postaci odleżyn są następstwem porażenia lub długotrwałego unieruchomienia, związanego z chorobą np. po ciężkich operacjach kardiochirurgicznych. O innej etiologii: np. owrzodzenia nowotworowe, okołostomijne i inne.

Oceny rany dokonuje się na podstawie specjalistycznego wywiadu oraz badań przedmiotowych. Wywiad specjalistyczny powinien obejmować: czas trwania rany, metody leczenia, przyczyny powstania rany. Badanie przedmiotowe powinno określić umiejscowienie rany, ich liczbę w przypadku ran mnogich, wymiary, wygląd brzegów, głębokość rany, fazę procesu gojenia, charakter wydzieliny, infekcję.

#### CZYNNIKI WPŁYWAJĄCE NEGATYWNIE NA PROCES GOJENIA SIĘ RAN PRZEWLEKŁYCH

##### Czynniki ogólnoustrojowe

- ✔ starzenie się
- ✔ zły stan odżywienia
- ✔ choroby przewlekłe np. cukrzyca
- ✔ niektóre leki np. sterydy
- ✔ upośledzona perfuzja tkankowa
- ✔ otyłość
- ✔ palenie tytoniu

##### Czynniki miejscowe

- ✔ infekcja
- ✔ tkanka martwicza
- ✔ ciała obce
- ✔ urazy mechaniczne
- ✔ ucisk lokalny
- ✔ działanie sił ścinających/tarcia
- ✔ wirulencja drobnoustrojów

Najczęstszym czynnikiem etiologicznym wywołującym zakażenia ran są:

- ✔ bakterie Gram – dodatnie (np. Staphylococcus, Enterococcus)
- ✔ bakterie Gram – ujemne (np. Pseudomonas aeruginosa)
- ✔ bakterie beztlenowe ( np. Bacteroides, Clostridium)
- ✔ grzyby (Candida albicans)
- ✔ pleśnie ( Aspergillus)

Sporadycznym czynnikiem mogą być pierwotniaki i wirusy.

Aktualnie uważa się, że bakterie obecne są we wszystkich ranach przewlekłych, jednak ich występowanie nie jest równoważne z infekcją. Większość bakterii, a szczególnie z rodzaju Staphylococcus i Pseudomonas może żyć i proliferować jako pojedyncze komórki bytujące w środowisku, równolegle tworząc wysoce zorganizowane wielokomórkowe skupiska



pokryte substancją śluzową i przytwierdzone do różnych powierzchni żywych lub nieżywych. Właśnie ten wyspecjalizowany styl życia drobnoustrojów określamy jako biofilm. Uwolnione z biofilmu bakterie migrują w poszukiwaniu nowej powierzchni do zasiedlenia. Rozprzestrzenianie się bakterii do krwioobiegu prowadzi do infekcji uogólnionej (sepsy). Z badań wynika, iż ponad 60% ran przewlekłych zawiera biofilm.

### Znaczenie biofilmu w ranach przewlekłych

Biofilm to grupa drobnoustrojów żyjących w zorganizowanych strukturach. Tworzy na powierzchni rany lśniące łożysko wskazujące na obecność zewnątrzkomórkowego śluzu. Obecność biofilmu stwarza warunki dla tworzenia się kolonii bakteryjnych. Macierz zewnątrzkomórkowa jest barierą dla układu odpornościowego gospodarza oraz związków przeciwdrobnoustrojowych. Biofilm chroni drobnoustroje przed nieprzyjaznym środowiskiem zewnętrznym i jest siedliskiem, w którym komórki mogą się komunikować, co reguluje wiele procesów życiowych, w tym wirulencję oraz wywołanie i przejście zakażenia w fazę przewlekłą. Rany przewlekłe stwarzają idealne warunki do powstawania biofilmu, ponieważ są w nich obecne różne białka (np. kolagen) stanowiące receptory dla adhezyn bakteryjnych, co sprzyja adhezji – pierwszemu etapowi zakażenia. Bakterie bytujące w biofilmie są nawet 1000 × bardziej odporne na antybiotyki niż komórki planktonowe – wolno żyjące. Bakterie w biofilmie wznoszą się wolno, dlatego też spada wychwytywanie leku co powoduje jego obniżenie skuteczności działania.

Mikroorganizmy w biofilmie wykazują nadzwyczajną (oporność) tolerancję na działanie antybiotyków stosowanych miejscowo.

**! Nie zaleca się zatem stosowania miejscowej antybiotykoterapii, ponieważ prowadzi to jedynie do tymczasowego złagodzenia objawów stanu zapalnego – do czasu odtworzenia się pełnej struktury biofilmu. !**

Dodatkowym niebezpieczeństwem jest możliwość selekcji drobnoustrojów opornych lub o podwyższonej oporności na antybiotyki co prowadzi do osiągania przez antybiotyki stężeń niższych niż MIC (minimalne stężenie hamujące). Antybiotyki stosowane ogólnie należy podawać tylko w przypadku: sepsy, zapalenia tkanki kostnej, zapalenia tkanki łącznej, zapalenia naczyń chłonnych, ropni lub innych objawów inwazyjnego zakażenia. Z uwagi na różnorodny skład biochemiczny i specyficzną architekturę biofilmu jego usuwanie za pomocą pulsowego płukania i stosowania enzymatycznych związków oczyszczających nie jest efektywne w przypadku biofilmu. Sprawdza się jedynie przy usuwaniu tkanek martwiczych. Najefektywniejsze jest fizyczne usuwanie biofilmu i codzienne stosowanie nietoksycznych roztworów powstrzymujących ponowne jego powstanie.

### Drogi przedostawania się drobnoustrojów do rany

- Bezpośredni kontakt (np. dłonie personelu medycznego, użycie niejałowych narzędzi czy opatrunków).

- Osadzanie się w ranie drobnoustrojów, znajdujących się w powietrzu lub wodzie.
- Migrację lub przeniesienie własnej flory fizjologicznej.
- Przedostawanie się drobnoustrojów do rany nazwane jest kontaminacją.
- Namnażanie się drobnoustrojów w ranie nazywamy kolonizacją.

### Czynniki ryzyka wystąpienia infekcji

- zdolność układu immunologicznego pacjenta do zwalczania mikroorganizmów (odporność własna gospodarza),
- ilość wprowadzonych bakterii (większa liczba bakterii łatwiej i szybciej pokonuje odporność gospodarza),
- gatunek wprowadzonej bakterii (głównie z grupy *Saphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Pseudomonas aeruginosa*),
- zakażenia endogenne.

W celu prawidłowego określenia stanu mikrobiologicznego rany, konieczne jest wykonanie badania mikrobiologicznego, określającego liczbę drobnoustrojów w ranie i pozwalającego określić stan interakcji między bakterią, a gospodarzem. Badanie mikrobiologiczne wykonujemy również w przypadku jeśli zastosowano antybiotykoterapię empiryczną oraz u pacjenta, który wcześniej poddany został antybiotykoterapii ustrojowej. Wyróżniamy dwa sposoby pobierania materiału do badania mikrobiologicznego:

1. Wymaz z rany;
2. Pobranie próbki biopatu.

Celem otrzymania wiarygodnego materiału (wymaz głęboki, aspirat, fragment tkanki) należy wykonać następujące czynności:

- zastosowanie sterylnych metod pobierania,
- oczyszczenie rany przed pobraniem próbki (jałowym roztworem soli fizjologicznej) nie antyseptykiem,
- usunięcie tkanki martwiczej, aby uzyskać żywą tkankę,
- pobieranie żywych (nie martwiczych) tkanek lub ropy,
- zastosowanie ucisku na wymazówkę, by wydzielił się płyn z tkanek rany,
- zastosowanie właściwej wymazówki i podłoża do hodowli,
- zwilżenie wymazówki roztworem soli fizjologicznej ułatwia odzyskanie drobnoustrojów,
- zapewnienie szybkiego transportu do laboratorium dokładnie oznakowane i opisane.

### Kliniczne objawy infekcji rany

- miejscowe zaczerwienienie,
- miejscowy ból,
- miejscowe podniesienie ciepłoty ciała,
- uszkodzenia tkanek,
- obrzęk,
- ropny wysięk.

W ranach niezakażonych wskazane jest:

- przemywanie rany za pomocą lawaseptyku bez zawartości substancji antibakteryjnej (0,9% NaCl, roztwór Ringera),

- zastosowanie opatrunku prostego, chroniącego przed kontaminacją bakteryjną,
- w sytuacji ryzyka ponownego zanieczyszczenia rany dopuszczalne jest zastosowanie antyseptyku na bazie oktenidyny oraz lawaseptyku zawierającego Oktenidynę.

Przejęcie do zakażenia następuje, gdy namnażanie się drobnoustrojów pokonuje odpowiedź immunologiczną gospodarza.

Antybiotyki do stosowania miejscowego powinny być używane w leczeniu ran tylko w szczególnych okolicznościach przez doświadczonych klinicystów (np. geramycyny w postaci gąbki, stosowana w zakażeniach w ZSC). Nieuzasadnione stosowanie miejscowe antybiotyków to narastanie oporności i zaburzenia w gojeniu rany.

W ranach z infekcją i w ranach zagrożonych ryzykiem infekcji zawsze używaj:

**/ Antyseptyk + opatrunek i / lub z zawartością substancji przeciwbakteryjnej. /**

**Można używać równocześnie antyseptyku na bazie oktenidyny i opatrunków z zawartością srebra. Antyseptyków na bazie jodu nie można używać z opatrunkami zawierającymi srebro.**

**Nie wolno łączyć działania antyseptyków zawierających oktenidynę i jod – zachodzi reakcja chemiczna uwalniania czystego jodu.**

### Co to jest antyseptyk?

Definicja antyseptyki zawarta jest w Rozporządzeniu MZ z dnia 11 sierpnia 2005 r. w sprawie określenia grup produktów leczniczych oraz wymagań dotyczących wyników badań tych produktów. Punkt 64 rozporządzenia...” do grupy antyseptyków zalicza się produkty lecznicze, w tym produkty lecznicze weterynaryjne, które niszczą drobnoustroje i hamują ich wzrost oraz są stosowane miejscowo na uszkodzone tkanki, w szczególności rany i oparzenia, a także na skórę pacjenta przed zabiegami”.

Wspólne cechy charakteryzujące antyseptyki:

- niska cytotoksyczność,
- szerokie spektrum aktywności przeciwdrobnoustrojowej (obejmujące również działanie przeciwgrzybicze),
- skuteczność wobec biofilmu bakteryjnego,
- niewywoływanie bólu,
- brak negatywnego wpływu na procesy gojenia się rany
- brak stymulacji narastania oporności,
- wykazywanie zgodności z materiałami i substancjami zawartymi w opatrunkach,
- zdolność do połączenia z macierzą komórek gospodarza, utrzymującą się przez minimum 24 godziny w miejscu aplikacji i uwalniania substancji przeciwdrobnoustrojowej bez efektów cytotoksyczności.

### Co to jest lawaseptyka?

Lawaseptyka jest techniką mającą na celu oczyszczenie rany poprzez fizyczne usunięcie (wypłukanie) z niej substancji szkodliwych, takich jak:

- ziemia,
- endo- i egzogenne substancje trujące,
- resztki tkankowe,
- toksyny różnego pochodzenia,
- mikroorganizmy, w tym mechaniczne usunięcie biofilmu bakteryjnego.

**/ Lawaseptyków nie powinno stosować się zamiennie, lecz zawsze w połączeniu z antyseptykami. /**

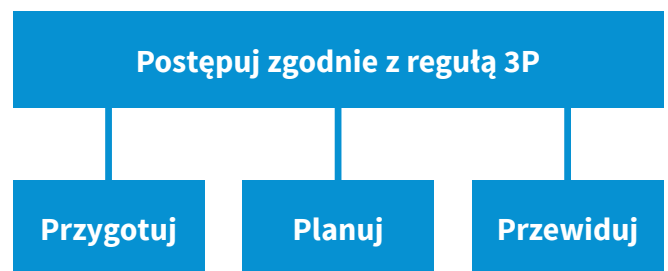
Do przemywania wszystkich ran przewlekłych, pourazowych, pooperacyjnych i troficznyczych można używać:

- 0,9% NaCl,
- płyn wieloelektrolitowy (PWE),
- płyn Ringera,
- Octenilin płyn.

Bezwzględny przeciwwskazaniem do mycia owrzodzeń troficznyczych z czystą ziarniną jest stosowanie:

- Chlorheksydyny,
- Kwasu bornego,
- Rivanolu,
- Manusanu,
- wody utlenionej,
- mydła.

**/ Uszkodzają one zdrową, młodą tkankę ziarninową, uniemożliwiając tym samym właściwe ziarninowanie. /**



Udział w konferencji dał możliwość wysłuchania znakomitych wykładowców, był okazją do wymiany poglądów, do podzielenia się własnymi doświadczeniami oraz zapoznania się z innowacyjnymi rozwiązaniami w zakresie nowoczesnych metod leczenia ran przewlekłych.

Dziękujemy Prezydium OIPIP w Wałbrzychu za umożliwienie udziału w konferencji.

Specjalistyczny Szpital  
im. dra Alfreda Sokołowskiego – Wałbrzych

lic. piel. Iwona Leśnikowska  
mgr piel. Małgorzata Kowalik

# KONFERENCJA SZKOLENIOWO- -NAUKOWA



## KARMIE NIE PIERSIĄ, ROLA POŁOŻNEJ – badania

Szanowni Państwo,

według najnowszych danych w Polsce zaledwie 4 procent matek karmi swoje dzieci przez pierwsze 6 miesięcy ich życia wyłącznie piersią! Wynik ten plasuje nas na jednym z ostatnich miejsc w Europie. Badania pokazują, że przyszłe mamy aktywnie poszukują wiedzy na temat ciąży i laktacji. Za najbardziej wiarygodne źródło informacji uznają położną, która w przystępny sposób przekazuje im wiedzę popartą swoim wieloletnim doświadczeniem i praktyką zawodową.

Biorąc pod uwagę powyższe fakty, **Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych oraz Polskie Towarzystwo Położnych zdecydowały się objąć patronat nad badaniem opinii z udziałem 1 000 położnych i 5 000 pacjentek, dotyczącym laktacji oraz roli położnej w promowaniu karmienia piersią. Gwarantujemy, że uzyskane w trakcie badania dane pozostaną anonimowe i poufne. Będą wykorzystane wyłącznie w celu opracowania zbiorczego raportu naukowego.**

**Nadzór nad badaniem sprawuje Polskie Towarzystwo Położnych**, które jest odpowiedzialne za pełną koordynację i prawidłowy przebieg badania, zgodnie z wyznaczonymi celami i założeniami naukowymi.

**Badanie trwa od 22 stycznia do 31 marca 2018 r.** Serdecznie zapraszamy do wzięcia w nim udziału!

**Wszelkie szczegóły dotyczące badania znajdą Państwo na stronie [edukacjapacjenta.pl](http://edukacjapacjenta.pl)**

Z poważaniem,

Zofia Małas  
Prezes NRPiP

Beata Pieta  
Prezes PTPoł

PATRONAT HONOROWY



PATRONAT MERYTORYCZNY



MECENAS BADANIA



## BADANIE OPINII – JAK TO DZIAŁA?





# KONFERENCJA SZKOLENIOWO-NAUKOWA

XVII OGÓLNOPOLSKI ZJAZD SZKÓŁ RODZENIA  
19–22 października 2017 r. – Kołobrzeg

Tradycyjnie otwarcia zjazdu dokonała Pani Anna Osińska – Dyrektor Polskiego Centrum Edukacji organizatora zjazdu. Następnie głos zabrał gość honorowy Pani Leokadia Jędrzejewska, Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa ginekologicznego i położniczego. Swoje wystąpienia Pani Konsultant poświęciła bieżącym problemom w pracy położnej. Zwróciła uwagę na status położnej, która zajmuje kluczową pozycję w opiece nad kobietą, ciężarną, położnicą i noworodkiem. Po raz kolejny przypomniała, że średni wiek położnych jest coraz wyższy przy jednocześnie coraz mniejszej liczbie młodych położnych chętnych do pracy w oddziałach szpitalnych. Do największych problemów w pracy zawodowej położnych Pani Leokadia Jędrzejewska zaliczyła normy zatrudnienia, wynagrodzenie, samodzielność zawodową, doskonalenie zawodowe oraz prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z wymogami prawa. Trudność z określeniem przez położne swojej roli zawodowej. Niedostateczne promowanie fizjologii w porodzie oraz zbyt częste wspieranie medykacji w położnictwie. Zbyt mała realizacja Edukacji Przedporodowej wynikająca być może ze zbyt niską wyceną tych działań. Na zakończenie Pani Konsultant wyraziła swoją opinię jakie elementy mogą wpłynąć na lepsze jutro dla zwodu położnych. Wzmocnienie praktyki zawody w obszarze edukacji, opieka nad fizjologiczną ciążą, porodem i połogiem – utrzymanie standardów w tej opiece.

Bardzo ciekawe spojrzenie na rozwój płodu i jego życie w tym okresie oraz wpływ tego okresu na późniejsze życie zaprezentowała mgr Bożena Kierył neuroterapeuta w wykładzie „Ciąża, poród i pierwsze miesiące na świecie – posag na całe życie”. Mottem wykładu było:

**„To, co dziecko czuje, zanim jeszcze zacznie myśleć, determinuje w przemożny sposób treść jego przyszłych myśli, kiedy będzie potrafiło myśleć”.**

Rozwój człowieka zaczyna się od poczęcia, wtedy to rozwijają się wszystkie jego czynności życiowe. Etap płodowy to czas przygotowania do samodzielnego życia pozapłodowego. Chronologia życia płodowego jest niezmienna taka sama dla różnych płci, kolorów skóry, miejsca urodzenia

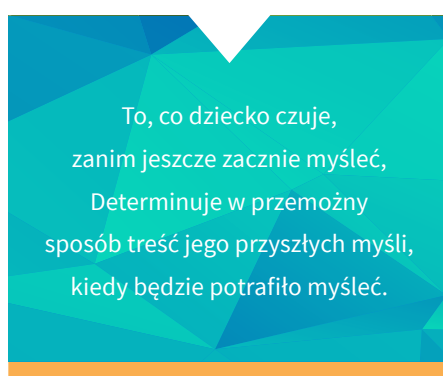
dziecka. Tej chronologii byli podporządkowani nasi Przodkowie, My i Ci, którzy urodzą się po nas. Chronologia ta może się różnić jedynie dynamiką jej przebiegu. Wykładowca przypomniał jak przebiega rozwój płodu:

- I trymestr rozwój układu nerwowego, zawiązków organów wewnętrznych i części ciała,
- II trymestr rozwój organów wewnętrznych i części ciała,
- III trymestr płód rośnie i rozwija się jego krzepa.

Mówiła też o rozwoju przez powtarzalność, że płód musi wykonać minimum dwa tysiące czynności, aby się utrwaliła, dziecko mogło osiąść zdolność jej wykonywania np. polykanie, ssanie, wydalanie, mruganie, ruch kończyn. Zwrócono też uwagę, jak ogromne znaczenie dla płodu i jego przyszłego życia ma obrót główki w dół. Większość płodów takiego obrotu dokonuje raz i w takim położeniu pozostaje do porodu ma to miejsce między 29 a 36 tygodniem ciąży. Bywają płody, które ustawia się główka do dołu kilka razy i takie, które przyjmują położenie pośladkowe i w takim pozostają do porodu. Położenie pośladkowe jest sygnałem na jakąś dysfunkcję dziecka, które w przyszłości mogą być przyczyną problemów dotyczących między innymi:

- orientacji przestrzennej wynikającej z braku koordynacji wzdłuż linii środkowej,
- niechęć do aktywności ruchowej, nadaktywność, agresja,
- problemy z nauką,
- asekuracja przed nowymi sytuacjami, mają problemy z akceptacją i kłopoty w relacjach z ludźmi.

Poród inicjuje dziecko, którego rozwój został zakończony a skurcze porodowe dają możliwość stymulacji poszczególnych organów płodu. Mózg dziecka podczas porodu i przechodzenia przez kanał rodny pracuje bardzo intensywnie, tak jak nigdy potem. Dziecko wykonuje podczas porodu drogami natury ściśle określone czynności dzięki temu dziecko powinno w przyszłości prawidłowo się rozwijać. Przechodzenie przez kanał rodny powinno się odbywać w naturalnym rytmie nadawanym przez dziecko, będzie to potem wpływać na jego prawidłowy rozwój psycho



– ruchowy. Po porodzie dziecko musi mieć możliwość bycia z mamą i ssania bez ograniczeń do momentu jak samo przestanie ssać. Pierwsze 3 miesiące po narodzinach dziecka powinny być traktowane jak IV trymest ciąży, jego potrzebą fizjologiczną są skojarzenia z życia płodowego – „CIASNO, CIEMNO, CICHO” Noworodki w takich sytuacjach uspokajają się, jednocześnie przypominają im to życie płodowe a takie środowisko sprzyja utrwalaniu życiowego wzorca.

Kolejny wykład poprowadziła mgr rehabilitacji Barbara Golińska jego tematem było „Kinesiologia Taping jako sposób na ból”.

Kinesiotaping to w ostatnich latach najpopularniejsza forma walki z bólem, twórcą tej metody jest Japończyk dr Kenzo Kase. Najprościej mówiąc jest to rodzaj plastrowania (oklejania) obszarów ciała, które objęte są dolegliwościami bólowymi. Zabiegi te polegają na naklejeniu przez fizjoterapeutę w specjalny sposób na ciało plastrów. To bardzo pomocna forma terapii, można ją korygować, odbarzczać, odciążać. Rodzajów aplikacji jest kilka w zależności od potrzeby. Najczęściej jest to okolica kości krzyżowej, by zminimalizować ból lędźwiowo-krzyżowy. Na odcinku piersiowym i szyjnym w celu odciążenia i korekcji. Okolice stawu krzyżowo-biodrowego oraz na nogach przy nawracających obrzękach. Ponieważ jest to bezpieczna forma terapii z powodzeniem może być stosowana u kobiet w ciąży. Prawdopodobnie wykonana aplikacja nie ma negatywnego wpływu ani na kobietę, ani na dziecko. Podczas ciąży ciało kobiety ulega zmianom związanym z działaniem hormonów, jak na przykład rozluźnienie układu więzadłowo-stawowego przygotowujące organizm kobiety do porodu. Zmiany wynikające z rozwojem płodu i powiększaniem się macicy oraz przesuwaniem się środka ciężkości. Ponadto rozluźnieniu ulega mięsień prosty brzucha. Często zdarza się, że rosnący płód uciska na nerw kulszowy powodując ból promieniujący do kończyny dolnej. Do tego czasami dochodzą wszelkiego rodzaju urazy i kontuzje ciężarnych. Oklejanie brzucha plastrami kinesio nie tylko wspomaga pracę jego mięśni ale skutecznie zapobiega nadmiernemu rozciąganiu się skóry a co za tym idzie powstawaniu rozstępów. Również po porodzie dopatrzono się pozytywnego wpływu plastrów kinesio naklejanym na brzuch, poprawiają krążenie co sprzyja szybszemu przywróceniu jedności skóry sprzed porodu. Przy nawale pokarmu, na piersi skutecznie odblokowuje kanaliki mlekowe co sprawia swobodny wypływ pokarmu, zapobiega też zastoju pokarmu i stanom zapalnym piersi. Kinesiotaping można mieć również zastosowanie przy rozstępie mięśnia prostego brzucha oraz rozejścia się spojenia łonowego. Rozstęp mięśnia prostego brzucha jest to rozejście się obu mięśni prostych brzucha w obrębie kresy białej. Rozejście się spojenia łonowego, spojenie łonowe jest to połączenie dwóch kości łonowych mię-

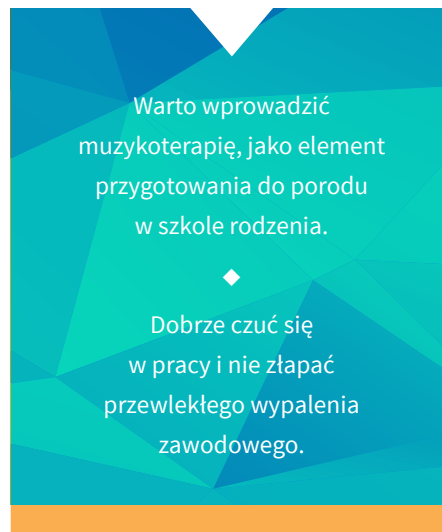
dzy, którymi znajduje się włóknista część i to w tym miejscu może się rozejść. Obydwa powikłania mogą powstać w okresie ciąży najczęściej w ostatnim trymestrze lub porodu, są wynikiem dużej ilości wód płodowych, ciąży mnogiej, dużego płodu. Działania terapeutyczne powinny być podejmowane jak najszybciej poprzez oklejenie brzucha plastrami kinesio. Plastry do Tapingu produkowane są z bawełny i pokrywane akrylem, są hipoalergiczne i wodoodporne. Nie są nasączone żadnym lekiem, dlatego są w pełni bezpieczne dla mamy i rozwijającego się w niej dziecka. Dzięki dużej elastyczności nie powodują ograniczenia zakresu ruchu. Ciężarna decydując się na Taping powinna zwrócić uwagę aby kupować plastry oryginalne, posiadające europejski certyfikat CE. Najważniejsze by naklejała je osoba odpowiednio do tego przeszkolona.

Mogłyśmy również skorzystać z dwóch warsztatów odbywających się w niewielkich grupach aby w pełni w nich uczestniczyć. Tematem jednych z nich było:

**„Dlaczego warto wprowadzić muzykoterapię, jako element przygotowania do porodu w szkole rodzenia”** warsztaty prowadził Maciej Kierył anestezjolog, muzykoterapeuta.

Celem tej muzyki jest obniżenie wzmożonego napięcia psychicznego ciężarnej aby ułatwić jej wykonywanie ćwiczeń oddechowo- ruchowych celem przygotowanie do porodu i skutecznej walki z bólem porodowym. Oboje matka i dziecko w jej tonie są odbiorcami muzyki, jednak oczekiwany efekt zależy od aplikacji muzyki przez matkę. Prowadzący zwrócił też uwagę na rozwój narządu słuchu oraz odbierania bodźców słuchowych przez płód. W 4 tyg. po zapłodnieniu powstają zawiązki uszu, 7 tyg. formowaniu kształtu ucha wewnętrznego, 8 tyg. unerwienie ucha wewnętrznego, 9 tyg. uszy przesuwają się na bokach głowy, 14–15 tyg. aparat słuchowy jest uformowany, 19–20 tyg. płód odbiera szum przepływającej krwi w naczyniach, stały odgłos akcji serca matki, zmienny perystaltyki jelit. Adaptuje się do hałasu o natężeniu ok. 90 Decybeli na wysokie natężenie dźwięku reaguje przyspieszonym tętnem. Zaczyna odczuwać wibracje głosu matki. W 24 tyg. dźwięki powyżej 90 decybeli budzi go ze snu, 26 tyg. zaczyna rozpoznawać głos matki, płód lepiej akceptuje dźwięki niższej częstotliwości dlatego ważne aby słyszał również głos ojca. Wszystkie dźwięki przechodzą przez „filtr” matki zatem jeśli jakieś dźwięki są dla niej zbyt wysokie i drażniące, niepokoją również dziecko.

O relaksujących wartościach muzyki dla kobiet w ciąży wiedziano już w starożytności i czasach plemiennych. W antycznej Grecji polecano „muzyczne oczyszczenie” jako sposób rozładowania napięcia psychicznego. Przez całe wieki stosowano muzykę dla celów relaksujących i odprężających. Jednak dopiero koncepcja Szkół Rodzenia wg prof. W Fi-



jałkowskiego przyczyniła się do stosowania muzyki w okresie prenatalnym. Wpływ muzyki na stan psychofizyczny kobiety w ciąży, badania potwierdzają, że u kobiet mające swoje ulubione utwory mogą one mieć wpływ na poprawę samopoczucia, redukcji lęku, zwiększenia poczucia bezpieczeństwa. Zmieniona wrażliwość kobiety oraz wykształcenie świadomości dotyczącej znaczenia doboru muzyki wpływającej na dobrostan płodu, moderuje jej dotychczasowy gust muzyczny w trosce o jak najlepszy rozwój płodu.

Zwrócono naszą uwagę jakiego rodzaju muzyki powinny być stosowane i jak wpływają na ciężarną czy rodzącą. Muzyka relaksacyjna – najczęściej instrumentalna o spokojnej, miękkiej linii melodycznej o łagodnym brzmieniu. Wpływa na: Stan psychiczny – uspakaja, izoluje od codzienności, nastawia optymistycznie, przenosi w inny wymiar czasowy, inspirowanie do marzeń. Stan fizyczny – zwalnia akcję serca, obniża ciśnienie tętnicze, zmniejsza opory w drogach oddechowych, zmniejsza napięcie mięśniowe.

Tematem drugich było:

**„Jak się dobrze czuć w pracy i nie złapać przewlekłego wypalenia zawodowego”** – warsztaty prowadził Marcin Wanke trener komunikacji interpersonalnej, andragog.

Prowadzący przypomniał nam definicję wypalenia zawodowego skupił się na najkrótszej ale oddającej sedno problemu. Zatem **wypalenie zawodowe** to stan kiedy praca przestaje przynosić zadowolenie, poczucie satysfakcji, przestaje być źródłem argumentów do budowania własnej wartości, radości i szczęścia. Wszyscy wiemy o istnieniu wypalenia zawodowego są osoby, starające się tłumaczyć swoje niepowodzenia takim właśnie stanem. Mamy też osoby narzekające nieodnajdujące się w swojej pracy jednak nie przyznające się do wypalenia zawodowego u siebie. Osoby wypalone zawodowo mówią o poczuciu wyizolowania, osamotnienia w otoczeniu innych, nie znajdują sensu w wykonywanej pracy i z ogromnym trudem przychodzą do pracy. Widzą jednocześnie, że kiedy było inaczej. Co się zatem stało? Czy pracujemy dla pieniędzy? Pieniądze są ważne, ale nie najważniejsze. Zwłaszcza gdy ktoś wybiera konkretny zawód czy decyduje się na uczestnictwo w większym projekcie.

Wychodząc z założenia, że człowiek jest istotą społeczną – bo jest, zatem dla zdrowia jednostki ważna jest przynależność do jakiejś grupy. Najważniejsze są wartości społeczne –



to co naprawdę daje dobre samopoczucie. Jeśli mamy dobre samopoczucie możemy liczyć na sukces, zatem jeśli jednak go nie mamy, sukcesu też raczej nie należy się spodziewać. Czy można odzyskać dobre samopoczucie? Najpierw należy odpowiedzieć sobie na pytanie: Dlaczego robię to co robię? Dlaczego to wybrałam? Kiedy miałam ostatnio sukces, co wtedy czułam i jakie były okoliczności tego sukcesu? Na kogo mój sukces wpłynął pozytywnie? Kto z mojego otoczenia naprawdę mnie zauważył? Czy ktoś mnie chwali? Kto wtedy był przy mnie? Czy pamiętam swoje sukcesy, czy raczej kolekcjonuję w głowie porażki? Czy chwałę innych? Czy innych zauważam? Czy inni wiedzą, że ich praca ma dla mnie znaczenie?

Warto czasami zidentyfikować realne źródła dobrego samopoczucia własnego jak i osób ze swojego otoczenia. Może to my możemy dać innym poczucie sensu, przynależności i wiary we własne możliwości. Poczucie przynależności do grupy bierze się z uznania, zauważenia przez innych. Poczucie sensu to bezpośredni związek między wykonywaną pracą, a losem innych. Wymierność pracy to informacja zwrotna o dobrej jakości i efektywności pracy. Może dawanie innym sprawi, że sami zostaniemy dostrzeżeni nie będziemy anonimowi w grupie. Nasze samopoczucie będzie dobre i o sukcesu zawodowe będzie łatwiej.

Szpital Mikulicz -Świebodzice

lic. poł. Anna Wachowiak-Bobkiewicz  
Halina Młócek

# KONFERENCJA SZKOLENIOWO-NAUKOWA

„INNOWACJE W PROFILAKTYCE I KONTROLI ZAKAŻEŃ SZPITALNYCH”  
04–07 października 2017 r. – Stare Jabłonki  
ORGANIZATOR – Stowarzyszenie Higieny Lecznictwa

Ta konferencja była szczególna, ponieważ Stowarzyszenie obchodziło 20-lecie istnienia.

Wiodącymi tematami były zakażenia lekoopornymi szczepami, nowe akty prawne i wytyczne oraz profilaktyka zakażeń wg najnowszych badań klinicznych.

W czasie pierwszej sesji odbyła się debata poświęcona działaniom oraz postępowaniu w zakresie profilaktyki zakażeń, w której brali udział m.in. przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego, Państwowego Zakładu Higieny, Narodowego Instytutu Leków, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych oraz Zarząd i członkowie Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa.

W czasie szkoleniowym odbywały się zarówno wykłady, jak i bardzo ciekawe warsztaty. Wiodącymi tematami były zakażenia lekoopornymi szczepami, nowe akty prawne i wytyczne, m.in. zmiany prawne w obszarze produktów biobójczych oraz profilaktyka zakażeń wg najnowszych badań klinicznych. Poruszone zostały zagadnienia nowych inicjatyw w dziedzinie zarządzania jakością i bezpieczeństwem szpitali.

W trzech sesjach warsztatowych pod nazwą „Zobacz i dotknij” zaprezentowane zostały najnowsze technologie związane z utrzymaniem czystości w szpitalu, dekontaminacją endoskopów oraz zasady leczenia i postępowania w zakażeniach szpitalnych. Doskonała była również technika prowadzenia dochodzeń epidemiologicznych.

Jak zawsze i również tutaj przedstawione zostały wytyczne WHO oraz nowe propozycje ekspertów SHL dotyczących higieny rąk:



**„Zasada nic poniżej łokcia  
podczas pracy z pacjentem”**

**paznokcie krótkie, niewidoczne  
od strony opuszki, bez lakieru, tipsów,**

**skóra i paznokcie konserwowane profesjonalnymi  
odżywkami celem eliminacji pęknięć i ubytków;  
dopuszczone tylko gładkie, bezbarwne odżywki**

**odżywki nie mogą tworzyć trwałej sztucznej powłoki  
na skórze i paznokciach**

**do czyszczenia paznokci stosować tylko miękkie  
szczotki jednorazowego użycia**

**na dłoniach brak zegarka, biżuterii, obrączek,  
bransolet itp.**

**Należy pamiętać również, że stosowanie rękawic  
zmniejsza, ale nie eliminuje kontaminacji rąk.**

**Są one nadużywane i ich stosowanie  
utrudnia dezynfekcję rąk.**

W celu eliminacji źródeł i dróg szerzenia się zakażeń zachęcam do lektury najnowszych publikacji cytowanych podczas konferencji:

„**Zalecenia izolacji chorych w trakcie hospitalizacji 2017**”, Katowice 2017, XV zeszyt naukowy Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Epidemiologicznych, opracowany przez PSPE i Stowarzyszenie Epidemiologii Szpitalnej ([www.pspe.pl](http://www.pspe.pl)).

„**Zalecenia prowadzenia przesiewowych badań mikrobiologicznych u hospitalizowanych pacjentów**”, Warszawa 2017, M. Fleischer, T. Ozorowski, K. Pawlik, A. Skoczyńska, G. Dubiel, A. Mączyńska, D. Żabicka, W. Hryniewicz ([www.antybiotyki.edu.pl](http://www.antybiotyki.edu.pl)).

„**Ogólne wytyczne dla wszystkich podmiotów wykonujących procesy dekontaminacji, w tym sterylizacji wyrobów medycznych i innych przedmiotów wielorazowego użytku wykorzystywanych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz innych czynności, podczas których może dojść do przeniesienia choroby zakaźnej lub zakażenia**”, Warszawa 2017, otwarty standard opracowany wspólnie przez ekspertów Stowarzyszenia Higieny Lecznictwa, Polskiego Stowarzyszenia Sterylizacji Medycznej i Narodowego Instytutu Leków.

NZOZ Świdnica, Szpital „Latawiec”  
Katarzyna Konrad / Specjalista ds. epidemiologii i higieny

# ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

Warszawa, dnia 26 maja 2017 r.

Poz. 1026

z dnia 16 maja 2017 r.

## w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników

Na podstawie art. 21 ust. 7 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. z 2014 r. poz. 332 oraz z 2016 r. poz. 823) zarządza się, co następuje:

### § 1. Rozporządzenie określa:

- 1) sposób szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników;
- 2) wykaz umiejętności związanych z przetaczaniem krwi i jej składników, będących przedmiotem szkolenia;
- 3) tryb wydawania zaświadczenia o odbytym szkoleniu przez podmioty, o których mowa w art. 21 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi, zwanej dalej „ustawą”;
- 4) wzór zaświadczenia o odbytym szkoleniu.

§ 2. 1. Szkolenie pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników, zwane dalej „szkoleniem”, jest przeprowadzane w formie szkolenia podstawowego oraz szkolenia uzupełniającego.

2. Szkolenie podstawowe ma na celu zdobycie wiedzy i umiejętności niezbędnych do przetaczania krwi i jej składników dla pielęgniarek i położnych dotychczas niedokonujących przetoczeń krwi i jej składników.

3. Szkolenie uzupełniające ma na celu aktualizację, ugruntowanie wiedzy i weryfikację umiejętności niezbędnych do przetaczania krwi i jej składników. Szkolenie to powinno być przeprowadzane nie rzadziej niż raz na 4 lata.

4. Jednostka organizacyjna publicznej służby krwi, o której mowa w art. 4 ust. 3 pkt 2–4 ustawy, zwana dalej „jednostką”, przeprowadza szkolenie w terminie 6 miesięcy od dnia przekazania przez wnioskujący podmiot leczniczy zgłoszenia wraz z listą osób przewidzianych do udziału w szkoleniu.

### § 3. 1. Szkolenie obejmuje część teoretyczną i część praktyczną.

2. Szkolenia prowadzi się zgodnie z ramowymi programami szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

3. Część praktyczna szkolenia zapewnia uczestnikom nabycie następujących umiejętności związanych z przetaczaniem krwi i jej składników:

- 1) kwalifikowanie dawców krwi;
- 2) pobieranie krwi i jej składników oraz ich preparatyka przy wykorzystaniu metod konwencjonalnych i automatycznych;
- 3) przechowywanie krwi i jej składników;

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

- 4) wykonywanie badań immunohematologicznych przed zabiegiem przetoczenia krwi i jej składników, w tym oznaczanie grup krwi, wykonywanie próby zgodności i dokumentowanie tych procesów;
- 5) pobieranie krwi i jej składników z banku krwi;
- 6) kontrola krwi i jej składników przeznaczonych do zabiegu przetoczenia;
- 7) postępowanie z pojemnikami zawierającymi krew i jej składniki;
- 8) identyfikacja biorcy krwi i kontrola dokumentacji;
- 9) dokonywanie i dokumentowanie zabiegu przetoczenia;
- 10) obserwacja biorcy krwi w trakcie i po zabiegu przetoczenia krwi i jej składników;
- 11) postępowanie w przypadku wystąpienia niepożądanych zdarzeń lub niepożądanych reakcji związanych z zabiegiem przetoczenia krwi i jej składników, w tym pobieranie próbek do badań w przypadku ich wystąpienia;
- 12) postępowanie z resztkami poprzetoczeniowymi.

§ 4. Jeżeli jednostka nie ma możliwości przeprowadzenia szkolenia praktycznego w pełnym zakresie, przeprowadza to szkolenie w innym podmiocie leczniczym na podstawie porozumienia zawartego z tym podmiotem.

§ 5. Prowadzący szkolenie prowadzi dokumentację szkolenia zawierającą:

- 1) program szkolenia, zatwierdzony przez dyrektora jednostki przeprowadzającej szkolenie, zawierający informacje dotyczące:
  - a) rodzaju szkolenia,
  - b) czasu trwania szkolenia,
  - c) sposobu egzaminowania (egzamin teoretyczny);
- 2) sporządzoną przed rozpoczęciem szkolenia listę uczestników, zawierającą imię i nazwisko każdego z uczestników oraz numer prawa wykonywania zawodu;
- 3) listę obecności osób uczestniczących w szkoleniu;
- 4) plan szkolenia z imionami i nazwiskami oraz podpisami osób przeprowadzających szkolenie, tematami wykładów, liczbą godzin i datą ich przeprowadzenia;
- 5) protokół podsumowujący szkolenie, zawierający co najmniej informacje dotyczące:
  - a) miejsca przeprowadzania szkolenia,
  - b) czasu trwania szkolenia,
  - c) liczby osób uczestniczących w szkoleniu,
  - d) podsumowania wyników szkolenia.

§ 6. 1. Zaświadczenie o odbyciu szkolenia i uzyskaniu uprawnień do przetaczania krwi i jej składników wydaje jednostka w terminie 14 dni od dnia zakończenia szkolenia.

2. Wzór zaświadczenia, o którym mowa w ust. 1, określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 7. Do przeprowadzania szkoleń pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników rozpoczętych i niezakończonych w dniu wejścia w życie rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 8. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 1 miesiąca od dnia ogłoszenia.<sup>2)</sup>

Minister Zdrowia: *K. Radziwiłł*

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2005 r. w sprawie szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników (Dz. U. poz. 363 i 2007), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 15 ust. 1 ustawy z dnia 20 maja 2016 r. o zmianie ustawy o publicznej służbie krwi oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 823).

RAMOWE PROGRAMY SZKOLENIA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH DOKONUJĄCYCH PRZETACZANIA KRWI  
I JEJ SKŁADNIKÓW**I. Ramowy program szkolenia podstawowego**

Szkolenie teoretyczne			
Lp.	Zagadnienia	Temat	Liczba godzin szkoleniowych (1 godzina szkoleniowa = 45 minut)
1	Organizacja służby krwi w Rzeczypospolitej Polskiej	<ul style="list-style-type: none"> <li>– struktura organizacyjna publicznej służby krwi w Rzeczypospolitej Polskiej,</li> <li>– podstawy prawne działania jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, banków krwi oraz pracowni immunologii transfuzjologicznej w podmiotach leczniczych,</li> <li>– organizacja krwiolecznictwa w podmiotach leczniczych</li> </ul>	1
2	Organizacja leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych	<ul style="list-style-type: none"> <li>– zasady działania banku krwi w podmiocie leczniczym,</li> <li>– zadania lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią,</li> <li>– zadania komitetu transfuzjologicznego,</li> <li>– zadania personelu bezpośrednio uczestniczącego w zabiegu przetoczenia</li> </ul>	1
3	Krew i jej składniki – zasady otrzymywania i preparatyki	<ul style="list-style-type: none"> <li>– omówienie poszczególnych składników krwi,</li> <li>– metody otrzymywania i preparatyki krwi i jej składników,</li> <li>– warunki i sposób przechowywania oraz transportu krwi i jej składników</li> </ul>	1
4	Wskazania do zabiegu przetoczenia krwi i jej składników oraz produktów krwiopochodnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wskazania do stosowania krwi i jej składników,</li> <li>– wskazania do stosowania produktów krwiopochodnych: albuminy, immunoglobuliny oraz koncentratów czynników krzepnięcia</li> </ul>	1

5	Bezpieczeństwo przetaczania krwi i jej składników	Zasady bezpiecznego stosowania krwi i jej składników, w szczególności: <ul style="list-style-type: none"> <li>– postępowanie przed, w trakcie i po zabiegu przetoczenia krwi i jej składników,</li> <li>– sposób pobierania próbek do badań,</li> <li>– sposób kontroli krwi i jej składników przeznaczonych do przetaczania,</li> <li>– identyfikacja biorcy krwi,</li> <li>– dokonywanie zabiegu przetoczenia,</li> <li>– obserwacja biorcy krwi w trakcie i po zabiegu przetoczenia,</li> <li>– sposób prowadzenia dokumentacji związanej z zabiegiem przetoczenia</li> </ul>	1
6	Niepożądane zdarzenia i niepożądane reakcje związane z zabiegiem przetoczenia u biorców krwi	<ul style="list-style-type: none"> <li>– rodzaje niepożądanych reakcji i sposób postępowania w przypadku ich wystąpienia,</li> <li>– rozpoznawanie i sposób postępowania w przypadku niepożądanych zdarzeń związanych z zabiegiem przetoczenia,</li> <li>– sposób pobierania próbek do badań w przypadku wystąpienia niepożądanego reakcji związanej z zabiegiem przetoczenia</li> </ul>	2
7	Immunologia transfuzjologiczna	<ul style="list-style-type: none"> <li>– układy grupowe,</li> <li>– przeciwciała odpornościowe,</li> <li>– próba zgodności,</li> <li>– dokumentowanie badań immunohematologicznych</li> </ul>	1
8	Czynniki chorobotwórcze przenoszone drogą krwi	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wirusy przenoszone drogą krwi – zakres obowiązujących badań oraz metody ich wykrywania,</li> <li>– inne czynniki zakaźne przenoszone drogą krwi</li> </ul>	1
9	System zapewnienia jakości w krwiodawstwie i krwiolecznictwie	<ul style="list-style-type: none"> <li>– prowadzenie dokumentacji,</li> <li>– kwalifikacja aparatury i sprzętu,</li> <li>– kontrole jakości,</li> <li>– szkolenia w ramach systemu zapewnienia jakości</li> </ul>	1



Szkolenie praktyczne			
Lp.	Zagadnienia	Temat	Liczba godzin szkoleniowych (1 godzina szkoleniowa = 45 minut)
1	Pobieranie i preparatyka krwi i jej składników – podstawowe zasady	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kwalifikowanie dawców krwi,</li> <li>– pobieranie krwi i jej składników oraz ich preparatyka przy wykorzystaniu metod konwencjonalnych i automatycznych,</li> <li>– przechowywanie krwi i jej składników</li> </ul>	1
2	Podstawowe badania immunohematologiczne wykonywane przed zabiegiem przetoczenia krwi i jej składników	<ul style="list-style-type: none"> <li>– oznaczanie grup krwi,</li> <li>– wykonywanie próby zgodności,</li> <li>– dokumentowanie badań</li> </ul>	1
3	Postępowanie w związku z zabiegiem przetoczenia krwi i jej składników	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pobieranie krwi i jej składników z banku krwi,</li> <li>– pobieranie próbek do badań,</li> <li>– kontrola krwi i jej składników przeznaczonych do zabiegu przetoczenia,</li> <li>– postępowanie z pojemnikami zawierającymi krew i jej składniki,</li> <li>– identyfikacja biorecy krwi i kontrola dokumentacji,</li> <li>– dokonywanie i dokumentowanie zabiegu przetoczenia,</li> <li>– obserwacja biorecy krwi w trakcie i po zabiegu przetoczenia,</li> <li>– postępowanie w przypadku wystąpienia niepożądanych zdarzeń lub niepożądanych reakcji związanych z zabiegiem przetoczenia,</li> <li>– pobieranie próbek do badań w przypadku wystąpienia niepożądanej reakcji związanej z zabiegiem przetoczenia,</li> <li>– postępowanie z resztkami poprzetoczeniowymi</li> </ul>	2
Razem:			14

## II. Ramowy program szkolenia uzupełniającego

Szkolenie teoretyczne			
Lp.	Zagadnienia	Temat	Liczba godzin szkoleniowych (1 godzina szkoleniowa = 45 minut)
1	Organizacja służby krwi w Rzeczypospolitej Polskiej i organizacja leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych	<ul style="list-style-type: none"> <li>– struktura organizacyjna publicznej służby krwi w Rzeczypospolitej Polskiej,</li> <li>– podstawy prawne działania jednostek organizacyjnych publicznej służby krwi, banków krwi oraz pracowni immunologii transfuzjologicznej w podmiotach leczniczych,</li> <li>– organizacja krwiolecznictwa w podmiotach leczniczych</li> </ul>	1
2	Krew i jej składniki – zasady otrzymywania i preparatyki	<ul style="list-style-type: none"> <li>– metody otrzymywania i preparatyki krwi i jej składników,</li> <li>– warunki i sposób przechowywania oraz transportu krwi i jej składników</li> </ul>	1
3	Wskazania do zabiegu przetoczenia krwi i jej składników oraz produktów krwiopochodnych	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wskazania do stosowania krwi i jej składników,</li> <li>– wskazania do stosowania produktów krwiopochodnych: albuminy, immunoglobuliny oraz koncentratów czynników krzepnięcia</li> </ul>	1
4	Bezpieczeństwo przetaczania krwi i jej składników	<p>Zasady bezpiecznego stosowania krwi i jej składników, w szczególności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– postępowanie przed, w trakcie i po zabiegu przetoczenia krwi i jej składników,</li> <li>– sposób prowadzenia dokumentacji związanej z zabiegiem przetoczenia</li> </ul>	1
5	Niepożądane zdarzenia i niepożądane reakcje związane z zabiegiem przetoczenia u biorców krwi	<ul style="list-style-type: none"> <li>– rodzaje niepożądanych reakcji i sposób postępowania w przypadku ich wystąpienia,</li> <li>– czynniki chorobotwórcze przenoszone drogą krwi,</li> <li>– rozpoznawanie i sposób zgłaszania niepożądanych zdarzeń związanych z zabiegiem przetoczenia</li> </ul>	1
6	Immunologia transfuzjologiczna	<ul style="list-style-type: none"> <li>– układy grupowe,</li> <li>– przeciwciała odpornościowe,</li> <li>– próba zgodności,</li> <li>– dokumentowanie badań immunohepatologicznych</li> </ul>	1

Szkolenie praktyczne			
Lp.	Zagadnienia	Temat	Liczba godzin szkoleniowych (1 godzina szkoleniowa = 45 minut)
1	Pobieranie i preparatyka krwi i jej składników	<ul style="list-style-type: none"> <li>– kwalifikowanie dawców krwi,</li> <li>– pobieranie krwi i jej składników oraz ich preparatyka przy wykorzystaniu metod konwencjonalnych i automatycznych</li> </ul>	1
2	Podstawowe badania immunohematologiczne wykonywane przed zabiegiem przetoczenia krwi i jej składników	<ul style="list-style-type: none"> <li>– oznaczanie grup krwi,</li> <li>– wykonywanie próby zgodności,</li> <li>– dokumentowanie badań</li> </ul>	1
3	Postępowanie w związku z zabiegiem przetaczania krwi i jej składników	<ul style="list-style-type: none"> <li>– pobieranie składników krwi z banku krwi,</li> <li>– pobieranie próbek do badań,</li> <li>– kontrola krwi i jej składników przeznaczonych do zabiegu przetoczenia,</li> <li>– postępowanie z pojemnikami zawierającymi krew i jej składniki,</li> <li>– identyfikacja biorcy krwi i kontrola dokumentacji,</li> <li>– dokonywanie i dokumentowanie zabiegu przetoczenia,</li> <li>– obserwacja biorcy krwi w trakcie i po zabiegu przetoczenia,</li> <li>– postępowanie w przypadku wystąpienia niepożądanych zdarzeń lub niepożądanych reakcji związanych z zabiegiem przetoczenia,</li> <li>– pobieranie próbek do badań w przypadku wystąpienia niepożądanego reakcji związanej z zabiegiem przetoczenia,</li> <li>– postępowanie z resztkami poprzetoczeniowymi</li> </ul>	1
Razem:			9

Załącznik nr 2

WZÓR

**ZAŚWIADCZENIE O ODBYCIU SZKOLENIA I UZYSKANIU UPRAWNIENI  
DO PRZETACZANIA KRWI I JEJ SKŁADNIKÓW**

# PROMOCJA KSIĄŻKI

Szanowni Państwo,  
z przyjemnością przedstawiamy opracowany w Instytucie Matki i Dziecka podręcznik *Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej*.

Podręcznik, jest unowocześnieniem, rozszerzeniem i aktualizacją wydawnictwa *Standardy i metodyka pracy i pielęgniarstwa i higienistki szkolnej*, które powstało w Zakładzie Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka w 2003 roku w ramach Programu Polityki Zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia.

W 2017 roku podręcznik *Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarki szkolnej* został opracowany w ramach naukowego zadania statutowego IMiD finansowanego przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego. Do opracowania poszczególnych zagadnień pozyskano do współpracy uznanych specjalistów w dziedzinach nauk medycznych i społecznych.

Publikacja jest opatrzona numerem ISBN i jest zamieszczona na stronie internetowej Instytutu Matki i Dziecka <http://www.imid.med.pl/pl/do-pobrania>, z możliwością nieodpłatnego pobierania przez pielęgniarki szkolne.

Z wyrazami szacunku, redaktorki:  
dr hab. n med. prof. IMiD Anna Oblacińska  
i mgr Wisława Ostregra



# POŻEGNANIE

*Odeszłaś cicho, bez słów pożegnania.  
Tak jakbyś nie chciała swym odejściem smucić...  
tak jakbyś wierzyła w godzinę rozstania,  
że masz niebawem z radosną wieścią wrócić.*

---

**Z głębokim żalem zawiadamiamy,  
że 29 stycznia 2018 r.  
odeszła od nas na zawsze  
nasza Koleżanka Pielęgniarka  
TERESA KAZIUK**

---

*Koleżanki i Koledzy  
– Specjalistyczne Centrum Medyczne S.A. w Polanicy Zdrój*





## Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia **ALMACH**

ul. Kulińska 2  
87-800 Włocławek

tel. 601 256 845

KRS: 0000154303

REGON: 911327517

NIP: 888-27-47-997

Konto bankowe fundacji: 70 9557 1032 0000 2424 2000 0001

biuro@fundacja-almach.org.pl

www.fundacja-almach.org.pl

## Zostań Aniołem Hospicjum



## POMÓŻ UKOIĆ BÓL

## Wałbrzyskie Hospicjum Podaruj nam



## KRS 0000047710

### POMÓŻ MI W WALCE Z CUKRZYCĄ typu 1



przeznacz



Numer KRS **0000163346**

Cel szczegółowy 1%:  
KAROL JASIŃSKI

*Diabełek!*



FUNDACJA DLA DZIECI Z CUKRZYCĄ



### POLSKIE STOWARZYSZENIE NA RZEC OSÓB Z UPOŚLEDZENIEM UMYSŁOWYM KOŁO W ŚWIDNICY organizacja pożytku publicznego

ul. K. Słobódzkiego 28, 58-105 Świdnica  
tel./fax 74 850 13 88  
NIP: 884 27 10 137

*Pomóż nam rozwinąć skrzydła  
dzieciom niepełnosprawnym*

Przeznacz nam Twój **1%** podatku  
to 100 % serca

**KRS 0000 350036**

www.psouu.swidnica.pl

e-mail: zk.swidnica@psouu.org.pl





**OKRĘGOWA IZBA  
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH  
w Wałbrzychu**

**ETYKA  
PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ**

**SPRAWIEDLIWOŚĆ  
BEZINTERESOWNOŚĆ  
RÓWNOŚĆ**  
profesjonalizm

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

**CIERPLIWOŚĆ  
ŻYCZLIWOŚĆ  
SZACUNEK**  
uśmiechnij się

**PRAWDA  
ODWAGA**  
nade wszystko

**ZAUFANIE**  
zrób coś dobrego,  
nie krzywdź



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

Edward L. Trudeau

