

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Wesołych Świąt Bożego Narodzenia i Szczęśliwego Nowego Roku



Grudzień 2015r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy

Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji
Częstochowa, 18 listopad 2015 rok



W NUMERZE:

Okręgowy Zjazd

Kalendarium

Rozporządzenie Ministra
Zdrowia

Nowelizacja ustawy

Prace dyplomowe

Informacje

**Biuletyn informacyjny
wydawany przez
Okręgową Radę Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie**

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)
z dnia 17 lutego 1993r.

Adres Redakcji (siedziba Izby):
UL. PUŁASKIEGO 25 - IV PIĘTRO
W BUDYNKU FIRMY „PRZEMYSŁÓWKA” S.A.
(róg ul. Kopernika i Pułaskiego w pobliżu Akademii
Polonijnej)

Tel./fax 34-324-51-12, 34-361-30-18
503-008-946

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

Ośrodek szkoleniowy:
tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czest.pl

MILLENNIUM BANK
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:
Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora
Naczelnego Barbara Płaza

Sekretarz Redakcji Marzena Maniszewska

Redakcja zastrzega sobie prawo doboru materiałów do publikacji, jednocześnie redakcja nie zwraca materiałów nie publikowanych. Za błędy powstałe w czasie druku nie ponosimy odpowiedzialności.

Odpowiedzialność za zawartość
merytoryczną artykułów ponosi autor

Napisz:

- gratulacje
- podziękowania
- kondolencje
- artykuły,

a MY wydrukujemy bezpłatnie!

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13,
42-200 Częstochowa
birako@o2.pl
Nakład 1000 szt.



Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy

W dniu 18 listopada 2015 roku I Sprawozdawczo-Wyborczy Zjazd Delegatów VII kadencji powołał mnie na stanowisko Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

Pragnę jeszcze raz podziękować wszystkim za obdarzenie mnie ogromnym zaufaniem. W poczuciu odpowiedzialności we współpracy z Państwem dołożę wszelkich starań, aby realizować postawione przede mną cele, pomimo napotykaných trudności. Czuję się zobowiązana, by jak najlepiej pracować na rzecz naszego środowiska.

„Nie żyjemy już w czasach, w których możemy poprzestać na obserwacji wydarzeń, ale wszyscy powinniśmy być ich uczestnikami”.

Samorząd Pielęgniarek i Położnych podejmuje wiele działań zmierzających do zbudowania wysokiego poziomu świadomości nas wszystkich w oparciu o kompetencje, partnerstwo, zaufanie i bezpieczeństwo.

Jest taka niepisana zasada w Samorządzie Pielęgniarek i Położnych, że unikamy skrajności i koncentrujemy się na wspólnych obszarach. I to nas pcha do przodu. Dzięki temu samorząd trwa.

Dzięki temu możemy rzeczywiście coś zrobić.

Życzę naszemu samorządowi dalszego rozwoju, by pielęgniarstwo i położnictwo zawsze były zawodami cieszącymi się szacunkiem i uznaniem społecznym, a pielęgniarki i położne z dumą identyfikowały się z ideą samorządności.

Nie ma sensu być na szczycie jeśli nie czuje się spokoju i szczęścia.

Wszystkim Państwu życzę jednego i drugiego.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz własnym pragnę złożyć najserdeczniejsze życzenia, by nadchodzące Święta Bożego Narodzenia były dla Was niezapomnianym czasem spędzonym bez pośpiechu, trosk i zmartwień, upływającym w spokoju i prawdziwej radości wśród rodziny i przyjaciół, a każdy dzień Nowego Roku 2016 przyniósł zdrowie, pomyślność i szczęście w realizacji najskrytszych marzeń i planów.

Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji
Barbara Płaza.

VII KADENCJA SAMORZĄDU PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

W dniu 18 listopada 2015 roku odbył się I Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji, Delegaci dokonali wyboru nowych władz Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych na VII kadencję 2015-2019:

1. Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
- **Barbara Płaza**

Członkowie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

- | | |
|-----------------|-----------|
| 2. Baczyńska | Marzena |
| 3. Bednarczyk | Zbigniew |
| 4. Borszcz | Roman |
| 5. Chrzęstek | Andrzej |
| 6. Ciesielska | Agata |
| 7. Cieślak | Irena |
| 8. Cocek | Anna |
| 9. Czech | Tomasz |
| 10. Dołęga | Jolanta |
| 11. Dziedzic | Joanna |
| 12. Garus-Kmieć | Jolanta |
| 13. Hebda | Agnieszka |
| 14. Kapkowska | Beata |
| 15. Kaptacz | Anna |
| 16. Karoń | Bożena |

- | | |
|-----------------|-----------|
| 17. Kowalska | Wanda |
| 18. Kucharska | Ewa |
| 19. Kucharska | Lidia |
| 20. Markiewicz | Iwona |
| 21. Mizerska | Krystyna |
| 22. Maniszewska | Marzena |
| 23. Osińska | Magdalena |
| 24. Piekielek | Ewa |
| 25. Szymanek | Maria |
| 26. Wróż | Renata |

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
VII kadencji 2015-2019:**

1. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej -
Danuta Łoniewska - Lichterowicz
Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:
- | | |
|----------------|---------|
| 2. Belicka | Urszula |
| 3. Ciura | Beata |
| 4. Kaźmierczak | Anna |
| 5. Malczyk | Greta |
| 6. Szczerbak | Beata |

**Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych VII kadencji
2015-2019:**

1. Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
- **Aniela Stopa**



Członkowie Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:

- | | |
|---------------|----------|
| 2. Denderska | Elżbieta |
| 3. Fikus | Agata |
| 4. Krzezińska | Dorota |
| 5. Lula | Ewa |
| 6. Puchała | Beata |
| 7. Szuster | Janina |
| 8. Wilk | Aneta |

Okręgowa Komisja Rewizyjna Pielęgniarek i Położnych VII kadencji 2015-2019:

1. Przewodnicząca Okręgowej Komisji Rewizyjnej - **Jacek Pudlik**

Członkowie Okręgowej Komisji Rewizyjnej:

- | | |
|---------------|-----------|
| 2. Cholewa | Katarzyna |
| 3. Halkiewicz | Barbara |
| 4. Krupińska | Elżbieta |
| 5. Kurzyńska | Halina |
| 6. Ociepa | Anna |

Delegaci na Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych VII kadencji 2015-2019:

- | | |
|--------------|---------|
| 1. Chrzęstek | Andrzej |
| 2. Czech | Tomasz |
| 3. Kaptacz | Anna |
| 4. Kowalska | Wanda |
| 5. Pudlik | Jacek |

Pierwsze posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Na pierwszym posiedzeniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2015 roku dokonano w głosowaniach tajnych wyborów na stanowiska:

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. Wiceprzewodnicząca | Jolanta Garus-Kmieć |
| 2. Wiceprzewodniczący | Andrzej Chrzęstek |
| 3. Sekretarz | Marzena Maniszewska |
| 4. Skarbnik | Lidia Kucharska |

Członkowie prezydium:

- | |
|-------------------------------|
| 5. Czech Tomasz |
| 6. Bednarczyk Zbigniew |

Nowo wybranym osobom serdecznie gratulujemy i życzymy wielu sukcesów w utrwalaniu i rozwijaniu naszego dorobku, rozważnych decyzji, konsekwencji i odpowiedzialnej determinacji na co dzień. ■

Uchwały I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji.

Uchwała Nr 1/ VII / 2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji z dnia 18 listopada 2015 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności merytorycznej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie za okres VI kadencji 2011 - 2015 roku

Uchwała Nr 2/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji z dnia 18 listopada 2015 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności finansowej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie za okres VI kadencji od 01.01.2012 do 30.09.2015 roku

Uchwała Nr 3/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji z dnia 18 listopada 2015 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej za okres VI kadencji 2011 - 2015 roku

Uchwała Nr 4/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji z dnia 18 listopada 2015 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie za okres VI kadencji 2011 - 2015 roku

Uchwała Nr 5/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji z dnia 18 listopada 2015 roku w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za okres VI kadencji 2011 - 2015 roku

Uchwała Nr 6/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji z dnia 18 listopada 2015 roku w sprawie udzielenia absolutorium ustępującej Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Uchwała Nr 7/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji z dnia 18 listopada 2015 roku w sprawie ustalenia liczby członków organów Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie oraz liczbę zastępców Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Uchwała Nr 8/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji z dnia 18 listopada 2015 roku w sprawie wyboru Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na okres VII kadencji 2015 - 2019 roku

Uchwała Nr 9/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji z dnia 18 listopada 2015 roku w sprawie wyboru członków Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie na okres VII kadencji 2015 - 2019 roku

**Uchwała Nr 10/VII/2015**

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji
z dnia 18 listopada 2015 roku
w sprawie wyboru Przewodniczącego Okręgowej Komisji
Rewizyjnej
na okres VII kadencji 2015 -2019 roku

Uchwała Nr 11/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji
z dnia 18 listopada 2015 roku w sprawie wyboru członków
Okręgowej Komisji Rewizyjnej na okres VII kadencji
2015 -2019 roku

Uchwała Nr 12/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji z dnia
18 listopada 2015 roku w sprawie wyboru Przewodniczącej
Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych na okres
VII kadencji 2015 - 2019 roku

Uchwała Nr 13/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji z dnia
18 listopada 2015 roku w sprawie wyboru członków
Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych na okres
VII kadencji 2011 - 2015 roku

Uchwała Nr 14/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji
z dnia 18 listopada 2015 roku w sprawie wyboru
Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
na okres VII kadencji 2015 - 2019 roku

Uchwała Nr 15/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji z dnia
18 listopada 2015 roku w sprawie wyboru zastępców
Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej na
okres VII kadencji 2015 - 2019 roku

Uchwała Nr 16/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji
z dnia 18 listopada 2015 roku
w sprawie wyboru delegatów
na VII Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 17/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji
z dnia 18 listopada 2015 roku
w sprawie udzielenia pełnomocnictwa do podpisywania
dokumentów
do czasu wyboru członków Prezydium przez Okręgową Radę

Uchwała Nr 18/VII/2015

I Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo - Wyborczego
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie VII kadencji
z dnia 18 listopada 2015 roku
w sprawie zasad gospodarki finansowej
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

KALENDARIUM**Listopad - Grudzień 2015 rok**

20.11.2015r. Na zaproszenie PTP oraz Firmy OLIMP – LAB „Nutramil” Przewodnicząca OR uczestniczyła w seminarium pt.: „Problemy pacjentów z niedożywieniem w różnych jednostkach chorobowych.”

25.11.2015r. Przewodnicząca OR uczestniczyła w kolejnym spotkaniu Komitetu organizacyjnego obchodów Jubileuszu 100-lecia śmierci doktora Władysława Biegańskiego.

27.11.2015r. Przewodnicząca OR uczestniczyła w Zjeździe Sprawozdawczo-Wyborczym w OIPIP Krosno jako przedstawiciel NRPIP. Podczas zjazdu Przewodnicząca wręczyła Odznaczenia Samorządowe.

30.11.-01.12.2015r. Przewodnicząca ORPIP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Nauki, Kształcenia i Rozwoju Zawodowego przy NIPIP w Warszawie.

30.11.2015r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

02.12.2015r. W siedzibie OR odbyło się pierwsze posiedzenie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i jego Zastępców.

07.12.2015r. Święty Mikołaj odwiedził oddział pediatryczny i chirurgii dzieci Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego przy ul. Białskiej i PCK 7. OIPIP współorganizowała spotkanie ze św. Mikołajem. Na zaproszenie OIPIP dzieci z Przedszkola nr 14 przy ul. K. Baczyńskiego zaprezentowały autorski występ artystyczny dla małych pacjentów.

08.12.2015r. W SP ZOZ Lubliniec odbył się konkurs na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej. Nowo wybranej Pielęgniarki Naczelnej serdecznie gratulujemy i życzymy satysfakcji z wykonywanej pracy.

09.12.2015r. W siedzibie Okręgowej Izby odbyło się pierwsze posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

11.12.2015r. W siedzibie OR odbyło się pierwsze posiedzenie Okręgowego Sadu Pielęgniarek i Położnych.

14.12.2015r. Na zaproszenie Przewodniczącej ORPIP w Katowicach Halina Synakiewicz uczestniczyła w XXXIII Okręgowym Zjeździe Sprawozdawczo-Wyborczym OIPIP w Katowicach.

15.12.2015r. Przewodnicząca OR Barbara Płaza uczestniczyła w końcowym Egzaminie kursu specjalistycznego „Wykonywanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego.”

15-17.12.2015r. Halina Synakiewicz uczestniczyła w ostatnim posiedzeniu NRPIP VI kadencji. Posiedzenie NRPIP odbyło się w Warszawie.

16.12.2015r. W siedzibie OR odbyło się pierwsze posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

16.12.2015r. W siedzibie OR odbyło się pierwsze posiedzenie Prezydium.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 września 2015 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połoгу oraz opieki nad noworodkiem

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, 788 i 905) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połoгу oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. poz. 1100) w załączniku wprowadza się następujące zmiany:

1) w części II po punkcie 1 dodaje się punkt 1a w brzmieniu:
„1a) potwierdza w dokumentacji medycznej ciąży fakt objęcia jej opieką przez położną podstawowej opieki zdrowotnej przez dokonanie autoryzowanego wpisu oraz wpisuje do planu opieki przedporodowej i planu porodu i karty przebiegu ciąży dane wybranej przez ciężarną położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w tym: numer telefonu kontaktowego i faksu lub adres poczty elektronicznej;”;

2) w części XII:

a) w ust. 10 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) skórę: ocenę w kierunku stwierdzenia ewentualnej obecności znamion, podbarwienia smółką, wybroczyn, otarć, nacieków lub miejscowych zasinień;”;

b) ust. 15 otrzymuje brzmienie:

„15. U każdego noworodka należy wykonać przesiewowe badanie pulsoksymetryczne w celu wczesnego wykrycia bezobjawowych, krytycznych wad serca. Pomiar saturacji należy przeprowadzić na kończynie dolnej w ciągu 2–3 minut w czasie między 4. a 24. godziną po urodzeniu oraz przed wypisaniem z oddziału. Saturacja mniejsza lub równa 95% jest wskazaniem do wykonania badania echokardiograficznego w trybie pilnym.”;

c) dodaje się ust. 19–23 w brzmieniu:

„19. Podmiot leczniczy sprawujący opiekę nad noworodkiem przekazuje do dnia jego wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotowi wykonującemu działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. Zgłoszenie o porodzie zawiera:

- 1) imię i nazwisko matki;
- 2) numer PESEL matki albo serię i numer dokumentu potwierdzającego jej tożsamość w przypadku braku numeru PESEL;
- 3) godzinę i datę urodzenia dziecka;
- 4) płeć dziecka;
- 5) adres, pod którym matka wraz z dzieckiem będą przebywać w okresie połoгу, oraz numer telefonu kontaktowego;
- 6) czytelny podpis pracownika odpowiedzialnego za sporządzenie i wysłanie zgłoszenia o porodzie.

20. Przekazanie zgłoszenia o porodzie powinno nastąpić w sposób zapewniający możliwość potwierdzenia jego odbioru przez położną podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie podstawowej

opieki zdrowotnej. Potwierdzenie odbioru przez położną lub podmiot wykonujący działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zgłoszenia o porodzie jest dołączane do wewnętrznej dokumentacji noworodka prowadzonej przez podmiot leczniczy dokonujący jego wypisu.

21. W przypadku braku możliwości ustalenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej przejmujących opiekę nad położnicą i noworodkiem, podmiot leczniczy, w którym nastąpił poród, informuje położnicę o zasadach i zakresie opieki nad noworodkiem w miejscu jego pobytu oraz zasadach wyboru położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

22. Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą, sprawujący opiekę nad noworodkiem, informuje w dniu wypisu powiatowe centrum pomocy rodzinie w miejscu pobytu matki i noworodka o przypadku podejrzenia możliwości wystąpienia problemów opiekuńczo-wychowawczych w rodzinie noworodka i braku współpracy matki lub opiekunów prawnych noworodka w ustaleniu położnej podstawowej opieki zdrowotnej lub podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, przejmujących opiekę nad noworodkiem w miejscu zamieszkania lub pobytu.

23. Przepisu ust. 22 nie stosuje się, w przypadku gdy matka noworodka jest osobą uprawnioną do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, o której mowa w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.2)), korzystającą ze świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej podczas pobytu czasowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, na podstawie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ) albo certyfikatu czasowego zastępującego EKUZ, a także gdy matka noworodka nie posiada stałego miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.”;

3) w części XIV ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą sprawujący opiekę nad kobietą w czasie porodu przekazuje w dniu wypisu zgłoszenie o porodzie położnej podstawowej opieki zdrowotnej, o której mowa w części XII ust. 19.”.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: M. Zembala



Nowelizacja ustawy

Nowelizacja ustawy o zawodach – co się zmieniło?

Prezes NRPiP Grażyna Rogala-Pawelczyk w rozmowie z Portalem Farmaceutyczno-Medycznym ocenia zmiany, które zostały wprowadzone do ustawy o zawodach pielęgniarów i położnej oraz zdradza szczegóły projektu dalszych zmian, który samorząd zawodowy złożył w Ministerstwie zdrowia.

- Dokument odnosi się między innymi do obiecanego przez ministra wsparcia kształcenia dyplomowego i podyplomowego, rezydentur dla pielęgniarek w specjalnościach, gdzie ich szczególnie brakuje – wyjaśnia Prezes NRPiP.

**Prezydent podpisał nowelizację ustawy o zawodzie
pielęgniarek i położnych. Oddala ona ryzyko, że wkrótce
zabraknie w Polsce pielęgniarek i położnych?**

Nie. Ustawa ta może jednak nieco zmniejszyć problem, zachęcić niewielką grupę osób, które z różnych względów nie pracują w zawodzie, do podjęcia pracy zgodnej z wykształceniem. Chodzi tu przede wszystkim o te osoby, które do końca 2014 roku, pomimo ukończenia liceum medycznego bądź szkoły pomaturalnej kształcącej pielęgniarki, nie uzyskały prawa wykonywania zawodu. Tak na przykład zdarzało się w przypadku kobiet, które zaraz po zakończeniu edukacji pozostawały w domach, wychowując dzieci, dotyczy to też osób, które zaraz po szkole na dłużej wyjechały z kraju. Z dniem 1 stycznia bieżącego roku, gdyby nawet chciały powrócić do położnictwa lub pielęgniarstwa, wyrósł przed nimi potężny problem – musiałyby pójść na trzyletnie studia. Nie zgadzaliśmy się z tym, uważaliśmy, że wprowadzenie takiego rozwiązania jest błędem w świetle narastających problemów z zapewnieniem pacjentom właściwej opieki pielęgniarskiej. Parlament wysłuchał naszych argumentów i obecnie przepisy gwarantują takim osobom, że po przejściu przeszkolenia będą mogły wykonywać wyuczony zawód.

Nowelizacja zmienia też wymagany czas przeszkolenia dla cudzoziemców, którzy mając odpowiednie wykształcenie, chcą w Polsce podjąć pracę w zawodzie pielęgniarki lub położnej. Ten fakt również ma oddalić ryzyko braku pielęgniarek.

Czas stażu w przypadku cudzoziemców rzeczywiście będzie krótszy. Wynosić będzie nie jak dotychczas dwanaście, a sześć miesięcy. Na liczbę pielęgniarek na rynku to nie wpłynie, bo w ciągu ostatnich kilku lat ledwie kilkudziesięciu cudzoziemców starało się o przejście takiego stażu i możliwość pracy w Polsce. Dla wielu z nich jest to zresztą tylko krok w stronę wyjazdu dalej na Zachód.

W informacjach o nowelizacji pojawia się też uwaga, że pozwoli ona na rozwianie niejasności związanych z podejmowaniem pracy po przerwie. O jakie niejasności chodzi, co się zmieni?

Oczekiwaliśmy i to znalazło się w ustawie, że w przypadku osób, które przerwały kiedyś pracę, a teraz chcą do niej wrócić, obowiązkowe przeszkolenie będzie uznawane za wykonywanie zawodu. Bo tak przecież jest w rzeczywistości. Takie osoby wykonują pracę, tyle że pod kierunkiem opiekuna. Tymczasem były do tej pory różne interpretacje tej kwestii. Teraz mamy porządek i uczciwe postawienie sprawy.

Jakie praktyczne znaczenie ma dla pielęgniarek fakt, że za działalność dydaktyczną pielęgniarek i położnych uznawane będzie nie tylko kształcenie i doskonalenie innych pielęgniarek i położnych, ale także osób wykonujących inne zawody medyczne?

Dla wielu osób ma to ogromne znaczenie. We wszystkich zawodach, gdzie niezbędna jest znajomość podstaw pielęgnowania, w więc nie tylko w pielęgniarstwie i położnictwie, ale także przykładowo w szkołach dla opiekunów medycznych nauczycielem tego przedmiotu musi być pielęgniarka lub położna. Ale, ponieważ ta praca dydaktyczna nie zawsze była uznawana za wykonywanie zawodu, po pięciu latach nauczyciel, o ile nie uczył przyszłych pielęgniarek, tracił prawo do wykonywania zawodu. A tracąc to prawo, nie mógł dalej nauczyc, nie mógł też wrócić do pracy w przychodni czy szpitalu. To była kuriozalna sytuacja, bo osoby o bardzo wysokiej wiedzy i umiejętnościach zawodowych nagle przestawały móc być aktywne zawodowo. Podobny problem dotyczył osób pra-

cujących w domach małego dziecka, izbach małego dziecka czy innych tego typu placówkach, gdzie wymagane jest wykształcenie pielęgniarskie. To powodowało wiele problemów, zmuszało pielęgniarki do zmieniania pracy, przechodzenia od edukacji do pracy w podmiotach leczniczych, byle nie stracić uprawnień zawodowych.

Ważnym zapisem ustawy jest też ten fragment, który odnosi się do gabinetów pielęgniarskich w szkołach.

Od dawna wiele naszych koleżanek pracujących w szkołach zgłaszało, że nie ma w nich wyposażonych gabinetów. Dyrektorzy tych placówek uważali bowiem, że to nie ich zadanie. Wychodzili z założenia, że podpisują kontrakt z pielęgniarką i to jej zadanie. Tymczasem, każda taka pielęgniarka, by mieć pod opieką odpowiednią liczbę dzieci, zwykle pracuje w trzech – czterech szkołach. Oznaczało to, że spadał na nią obowiązek doposażenia trzech lub czterech gabinetów, bez gwarancji, że szkoła przedłuży z nią kontrakt na kolejny rok. Bo jeśli nie, to co miałyby zrobić z czterema leżankami lub witrynami na leki? Z punktu widzenia szkoły natomiast, koszt pełnego wyposażenia gabinetu jest niewielki i dotyczy tylko jednego gabinetu. Dzięki nowelizacji ustawy sprawa jest już jednoznaczna – wyposażenie gabinetów pielęgniarskich jest zadaniem szkoły. Dotyczy to zarówno placówek publicznych, jak i niepublicznych.

Jest jeszcze kwestia podejmowania pracy na własny rachunek przez osoby, które dopiero ukończyły studia.

Do tej pory absolwenci studiów nie mogli podejmować takiej działalności, musieli najpierw przepracować dwa lata. Tymczasem dla osób, które nie mogły nigdzie znaleźć pracy samozatrudnienie było jedynym rozwiązaniem, alternatywą dla bezrobocia albo emigracji. Stanowiło też problem nie do przebrnięcia, jeśli placówka ochrony zdrowia chciała podjąć współpracę z taką osobą, ale nie na zasadzie umowy o pracę, ale umowy cywilno-prawnej. Przy niedoborze pielęgniarek i położnych z jednej strony i oczekiwaniu pracodawców, że dla wzmocnienia personelu nie trzeba będzie tworzyć nowych etatów, takie rozwiązanie, ograniczenia w rozpoczęciu działalności w ramach samozatrudnienia, budziły więc kontrowersje. Dobrze się stało, że już ich nie ma. Mamy nadzieję, że dzięki temu kilkadziesiąt, a może nawet trochę więcej osób pozostanie w kraju i rozpocznie pracę w zawodzie.

Z tego, co Pani mówi, rzeczywiście nie wynika, że wraz z nowelizacją ustawy o zawodzie pielęgniarek i położnych, nagle ich liczba się zwiększy.

Na pewno na rynku nie pojawi się nagle mnóstwo osób gotowych i mogących podjąć pracę w zawodzie, jednak ta ustawa to kilka drobnych kroków w dobrą stronę. Pozwalają one na pozyskanie niezbyt licznej grupy pielęgniarek i położnych, ale i to jest cenne.

Jest pomysł na kolejne kroki?

Jest, liczy kilkadziesiąt stron i wpłynął już do ministra zdrowia. Mamy nadzieję, że w odróżnieniu od swego poprzednika, u którego nasze propozycje czekały latami, obecny Minister Zdrowia szybko podejmie z nami rozmowy. Nasz dokument odnosi się między innymi do obiecanego przez ministra wspar-

cia kształcenia dyplomowego i podyplomowego, rezydentur dla pielęgniarek w specjalnościach, gdzie ich szczególnie brakuje, na przykład w psychiatrii. Co warto podkreślić, rezydentury to sposób, by w zawodzie w kraju zatrzymać najlepszych, bo powinny być one drogą do specjalizacji, a na to jak pokazuje praktyka decydują się najbardziej ambitni i zdeterminowani do wykonywania tego zawodu. ■



Prace dyplomowe

Hirudoterapia

Hirudoterapia to naturalna metoda leczenia różnorodnych dolegliwości zdrowotnych przy użyciu pijawek, która poprzez regulację układu krążenia człowieka skutecznie leczy bądź wspomaga leczenie wielu chorób, takich jak choroby układu sercowo-naczyniowego, endokrynologicznego, pokarmowego, moczowo-płciowego, oddechowego, kostno-stawowego, choroby dermatologiczne bądź neurologiczne. Hirudoterapia to stara, sprawdzona i nieszkodliwa metoda leczenia pijawkami, przeżywająca obecnie w świecie renesans. Znana jest ludzkości już od dawna, jednakże od niedawna hirudoterapia wraca do łask i jest uważana za alternatywną metodą leczenia dolegliwości i schorzeń.

Pijawki wykorzystywane są do leczenia już od czasów starożytnych. Pisano o nich na egipskich hieroglifach, w Biblii, w dziełach starożytnych rzymskich i greckich medyków. Intensywny rozwój medycyny w XX wieku stał się przyczyną ograniczenia stosowania tych organizmów, jednakże wyizolowanie hirudyny z gruczołów śluzowych pijawek, jak również innych cennych związków, spowodowało ponowne zainteresowanie tą starą metodą terapii.

W hirudoterapii stosowane są pijawki pochodzące wyłącznie z hodowli laboratoryjnej oraz posiadające świadectwo pochodzenia. Wykorzystywane są wszystkie pijawki z gatunku *Hirudo medicinalis*: pijawka lekarska lecznicza (*Hirudo medicinalis medicinalis*), pijawka lekarska apteczna (*Hirudo medicinalis officinalis*) oraz pijawka lekarska orientalna (*Hirudo medicinalis orientalis*). Pijawka przywiera do ciała swojej ofiary za pomocą otworu gębowego wyposażonego w przyssawki i trzy promieniście ułożone szczęki. Każda szczeka posiada 80-90 małych chitynowych zębów. Nakłucie skóry ma kształt trzech promieniście rozchodzących się linii. Pijawka po nakłuciu pobiera krew z żywiciela. Z ciała osoby ukąszonej potrafi wyssać ilość krwi odpowiadającą jej dziesięciokrotnej masie. Jednocześnie z jej gruczołów ślinowych do krwioobiegu człowieka uwalniane są liczne substancje lecznicze. Po zabiegu muszka zostaje zniszczona zgodnie z obowiązującymi przepisami, gdyż zabronione jest stosowanie tych samych pijawek różnym osobom. Hirudoterapia nie stanowi panaceum na wszystkie choroby, jednakże skutecznie leczy bądź wspomaga leczenie wielu schorzeń układu sercowo-naczyniowego, krwinki i zakrzepy, nadciśnienie, niedociśnienie, choroby i bóle serca, zakrzepowe zapalenie żył, chorobę niedokrwienną, wysoki cholesterol, choroby skóry, hemoroidy, rwę kulszową, żylaki, trudno gojące się rany, obrzęki powypadkowe, choroby płuc i oskrzeli, choroby przewodu pokarmowego, choroby wątroby, wrzody żołądka i dwunastnicy, alergie, procesy starzenia, choroby kobiece, bezpłodność, prostatę, impotencję, zapalenie korzonków nerwowych, udary, bóle stawów, choroby nerek, bóle kręgosłupa, agresję, histerię, nerwice, depresję, a nawet

niektóre nowotwory. Ze względu na przeciwzakrzepowe, fibrynolityczne i przeciwapagagacyjne działanie składników pochodzących z wydzieliny ślinowej *Hirudo medicinalis*, pijawki te są przykładane pacjentom z chorobami zakrzepowo-zatorowymi, z nadciśnieniem, z miażdżycą oraz osobą po zabiegach plastycznych, w szczególności po replantacji. Hirudyna jest głównym związkiem przeciwzakrzepowym wydzielanym przez pijawki. Jest ona silnym inhibitorem trombiny. Wykazano, iż jest to substancja efektywniejsza w zapobieganiu udarom i zawałom niż kwas acetylosalicylowy czy też heparyna. Natomiast antykoagulanty zawarte w wydzielinie ślinowej pijawek ograniczają powstawanie zakrzepów.

Badania *in vivo* przeprowadzone na szczurach, królikach oraz psach wykazały, iż jest ona lekiem nie tylko dobrze tolerowanym, ale również charakteryzującym się niską toksycznością. Istotną rolę w leczeniu chorób zakrzepowo-zatorowych odgrywają substancje przeciwapagagacyjne, takie jak apyryza. Jest to substancja zaliczana do niespecyficznych inhibitorów agregacji trombocytów, która zmniejsza agregację płytek krwi poprzez hamowanie wydzielania trifosforanu adenozyne (ATP).

Ponadto wydzielane przez *Hirudo medicinalis* białka, takie jak kalina i saratyna, hamują adhezję trombocytów do kolagenu za pośrednictwem czynnika von Willebranda, co zapobiega agregacji płytek krwi. Z kolei destabilaza, hamuje agregację trombocytów indukowaną przez kolagen oraz czynnik aktywacji płytek (PAF). Powoduje również inhibicję cyklazy adenylowej oraz zmniejsza produkcję cyklicznego adenozynomonofosforanu (cAMP), przez co ogranicza agregację trombocytów. W wydzielinie gruczołów śluzowych pijawek wykryto również substancje fibrynolityczne, takie jak hementeryna i hementyna. Hementeryna odpowiedzialna jest za aktywację plazminogenu do plazminy. Dzięki swoim właściwościom rozpuszcza ona zakrzepy oraz udrażnia naczynia. Jednocześnie substancja ta jest nieczuła na obecny we krwi naturalny enzym rozkładający białka. Z kolei hementyna jest proteinazą rozpuszczającą fibrynę i rozkładającą fibrynogen na fragmenty peptydowe. Badania kliniczne wykazują korzystny wpływ hirudoterapii na poziom stężenia lipidów.

U pacjentów poddanych leczeniu pijawkami zaobserwowano normalizację poziomu całkowitego cholesterolu (TCI), triglicerydów (TG) oraz zmniejszenie LDL. Związane jest to z wydzielaniem przez *Hirudo medicinalis* esterazy cholesterolowej i lipazy (triglicerydazy), odpowiedzialnej za rozkład triglicerydów. W badaniach potwierdzono również przeciwmiażdżycowe oddziaływanie saratyn, poprzez ich działanie przeciwfibrinogenowe podczas formowania się płytki miażdżycowej.

PC-LS jest najważniejszym czynnikiem w wydzielinie ślinowej pijawek, który odpowiedzialny jest za regulację ciśnienia. Jest to substancja niskocząsteczkowa związana łańcuchem polipeptydowym z destabilazą. Jej właściwości są podobne do prostacykliny. Badania przeprowadzone na szczurach wykazały, iż substancja ta powoduje wydzielanie tkankowego aktywatora plazminogenu (t-PA). PC-LS jest typowym regulatorem ciśnienia tętniczego krwi, obniża ciśnienie za wysokie, a zbyt niskie podwyższa. Ponadto histamina obecna w wydzielinie ślinowej pijawek uczestniczy w obniżeniu ciśnienia tętniczego poprzez rozszerzenia naczyń krwionośnych.

Osoby po zabiegach chirurgicznych i replantacjach są narażone na powikłania zakrzepowo-zatorowe. W czasie zabiegu

hirudoterapii przystawia się pijawki w miejscu replantacji kończyn, piersi, prącia czy ucha. Substancje przeciwzakrzepowe, fibrynolityczne i przeciwagregacyjne wydzielane przez te organizmy przywracają krążenie przy replantowanym narządzie. Natomiast inne uwalniane przez nie substancje, takie jak bdeliny przyspieszają gojenie ran. Mechanizm ich działania jest odwrotny do wpływu fibrynolityków, hamują bowiem plazminę. Stan zapalny często powstający po zabiegu replantacji może zostać ograniczony poprzez bdeliny, gdyż hamują one czynniki zapalne, jak również zmniejszają obrzęk.

Od najdawniejszych czasów pijawki przykładane były w celu poprawy nastroju i samopoczucia. Dziś wiadomo, że związane jest to z wydzielaną przez *Hirudo medicinalis* endorfiną, zwaną hormonem szczęścia. Wywołuje ona nie tylko uspokojenie i euforię, ale również działa przeciwbólowo. Stosowanie hirudoterapii zalecane jest więc pacjentom z depresją, nerwicami, a także w leczeniu tików nerwowych. Ponadto pijawki wydzielają neuroprzekaźniki, takie jak histaminę, dopaminę, acetylocholinę i serotoninę, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania układu nerwowego. Z gruczołów ślinowych pijawek wyizolowano substancje, które pobudzają wzrost komórek nerwowych. Badania dowiodły, że zarówno enzym proteolityczny destabilaza, jak i inhibitory proteaz – bdelina A, bdelina B oraz egliny, odpowiedzialne są za stymulację wzrostu komórek nerwowych w zwojach nerwowych embrionu kurczaka. Koncentrat tych substancji powoduje wzrost neuronów czuciowych w zwojach rdzeniowych. Chalisova i wsp. wykazali, że egliny i bdeliny działają na układ nerwowy podobnie do neksyny, uwalnianej przez komórki glejowe. Neksyna odgrywa istotną rolę podczas tworzenia filopodiów, niezbędnych do regeneracji włókien nerwowych. Dowiedziono również, iż destabilaza, bdelina A, bdelina B oraz eglina C spełniają podobną rolę, jak czynnik wzrostu nerwów (NGF), neurogeny czynnik pochodzenia mózgowego (BDNF) oraz neurotrofiny 3 i 4. Badacze wnioskują, iż prawdopodobnie inhibitor proteazy i NGF aktywują ten sam receptor.

W rozdziale chromatograficznym zaobserwowano, że destabilaza jest ściśle połączona frakcją zawierającą niebiałkowe, niskocząsteczkowe składniki. Wykrycie w wydzielinie ślinowej pijawki czynników pobudzających wzrost komórek nerwowych stwarza możliwość zastosowania hirudoterapii do leczenia schorzeń neurodegeneracyjnych, takich jak dystrofia nerwowo-mięśniowa czy choroby Parkinsona.

Z gruczołów ślinowych pijawek lekarskich wyizolowano liczne substancje o działaniu przeciwzapalnym. Najlepiej poznaną jest eglina – silny inhibitor czynników zapalnych, w tym proteaz, takich jak chymozyna, α -chymotrypsyna, elastaza, subtilizyna i katepsyna G, uwalnianych przez ludzkie granulocyty. Enzymy te biorą udział w patogenezie chorób płuc, m.in. rozedmy płuc oraz w zaburzeniach zakrzepowych i innych procesach zapalnych. Dlatego też hirudoterapia znalazła zastosowanie we wspomaganiu leczenia chorób płuc i oskrzeli, w tym zapalenia płuc z objawami niewydolności oddechowej oraz ciężkiej postaci astmy oskrzelowej. Ponadto wydzielina ślinowa pijawek ma wpływ na zmniejszenie poziomu mediatorów zapalnych, takich jak interleukina 2 i endoteliny. Wspomniane już bdeliny, nie tyle tylko przyspieszają gojenie się ran, ale również wykazują działanie przeciwzapalne. Wyizolowana z gruczołów ślinowych pijawki bdelina A hamuje trypsynę, plazminę oraz akrozyne, natomiast bdelina B wyłącznie trypsynę i plazminę. Zidentyfikowano również hirustazynę, która należy do grupy antystazyn. Podobnie jak w

przypadku bdeliny i efliny hamuje ona trypsynę, α -chymotrypsynę i katepsynę G. Jest ona również inhibitorem tkankowej kalikreiny. Kalikreina tkankowa odgrywa istotną rolę w patogenezie bólu, tak więc zmniejszenie jej stężenia ogranicza tym samym reakcję bólową. Ugryzienie przez pijawkę jest praktycznie bezbolesne, gdyż organizmy te wydzielają endorfiny, które działają przeciwbólowo. Badania wykazały, że hirudoterapia zmniejsza intensywność bólu w chorobie zwyrodnieniowej stawów oraz poprawia aktywność ruchową. Hirudoterapia znalazła również zastosowanie w wielu stanach zapalnych przebiegających z dokuczliwym bólem, takich jak choroby kręgosłupa, reumatoidalne zapalenie stawów, bóle głowy, rwa kulszowa, zapalenie korzeni nerwowych czy też choroba zwyrodnieniowa stawów. Hirudoterapeuci zapewniają o skuteczności przykładania pijawek również w innych chorobach o podłożu zapalnym. W zapaleniu rogówki, tęczówki, naczyńówki, w guzie rzekomym oka oraz wytrzeszczu obrzękowym zaleca się przykładanie pijawki w okolicach skroni, natomiast w stanie zapalnym krtani na szyi. Z kolei przy bólu wątroby oraz chorobach woreczka żółciowego zaleca się stawianie pijawek w okolicach wątroby. Specjaliści zalecają hirudoterapię w zapaleniu zatok, ostrym zapaleniu ucha środkowego oraz w zapaleniu przyzębia (paradontozie).

Hirudoterapeuci wskazują na skuteczność przystawiania pijawek lekarskich w chorobach kobiecych, takich jak stany zapalne pochwy, przydatków, błony śluzowej macicy, ropniaki jajników i jajowodów, torbielowatość jajników oraz nadżerki szyjki macicy. Pijawki przykładane są wówczas na sklepienie pochwy, kość łonową, na obszar odbytu bądź na kość ogonową. U mężczyzn pijawki przykładane są wzgórkowi łonowemu oraz łydce w celu zmniejszenia rozrostu gruczołu krokowego. Przeciwwapalne działanie wydzieliny gruczołów ślinowych *Hirudo medicinalis* na układ moczowo-płciowy spowodowane jest obecnością bdelin A, inhibitorów akrozy, która odgrywa istotną rolę w powstawaniu procesu zapalnego pochwy, sromu, prostaty i innych części układu moczowo-płciowego. Ponadto hirudoterapia przynosi pozytywne efekty w leczeniu zaburzeń miesiączkowania oraz leczeniu niepłodności kobiet i mężczyzn. Prawdopodobnie związane jest to z hormonami wydzielanymi przez pijawki, takimi jak progesteron, estradiol, testosteron, kortyzol oraz dehydroepiandrosteron.

Działanie wydzieliny gruczołów ślinowych pijawek w zakażeniach bakteryjnych

Pijawki żyją w symbiozie z drobnoustrojem, produkującym substancje przeciwbakteryjne – chloromycetynę.

Z tego też powodu zastosowanie hirudoterapii może okazać się pomocne w sytuacjach, w których stosuje się chloramfenikol, a mianowicie w zapaleniach opon mózgowo-rdzeniowych, tęczu, meningokokowej posocznicy oraz zakażeniu *Staphylococcus aureus*. Pijawki wytwarzają również hialuronidazę, substancję rozpuszczającą składniki cukrowe ścian komórkowych przetrwalników wielu mikroorganizmów. Działanie przeciwbakteryjne wykazuje także destabilaza.

W XIX wieku kobiety przystawiały pijawki, żeby wyglądać młodziej. Dzisiaj hirudoterapeuci potwierdzają skuteczne zastosowanie hirudoterapii w dermatologii i kosmetologii. Substancją uwalnianą ze śliny pijawek, odpowiedzialną za spowolnienie procesu starzenia się skóry jest antyelastaza. Hamuje ona działanie enzymu rozkładającego elastynę oraz spowalnia rozkład tkanki sprężystej skóry. Leczenie pijawkami przynosi dobre efekty w leczeniu trądziku, cellulitu, łuszczycy,

przebarwień, egzem, sklerodermii, różyczki, pajączków na kończynach dolnych, jak również w gojeniu ropni i czyraków. Wykazano również, iż hirudoterapia jest skuteczna, jako wspomagająca terapia w toczeniu.

Przeciwwskazania do stosowania hirudoterapii

Ograniczenia stosowania hirudoterapii można podzielić na bezwzględne i względne.

Hirudoterapia jest bezwzględnie przeciwwskazana w następujących stanach:

- u chorych na hemofilię bądź inne choroby krwi związane z niedoborem czynników krzepnięcia,
- u osób z zaawansowaną anemią,
- u kobiet w ciąży, ponieważ:
 - substancje zawarte w wydzielinie ślinowej pijawek mogą wywołać poronienie,
 - po hirudoterapii czasami występują działania niepożądane, m.in. zakażenie bakterią *Aeromonas hydrophila*, które wymagają zastosowanie leków chemicznych.

Należy zachować ostrożność w przypadku:

- hipotonii wówczas, gdy ciśnienie jest niższe niż 80/60, w przeciwnym razie może dojść do zasłabnięcia,
- nadżerkowego zapalenia błony śluzowej żołądka oraz krwawień z przewodu pokarmowego,
- u pacjentów z alergią na białka; w wyjątkowych sytuacjach, takich jak po replantacji możliwe jest stosowanie hirudoterapii u osób uczulonych, lecz z jednoczesnym podawaniem leków przeciwhistaminowych,
- jednoczesnego stosowania kwasu acetylosalicylowego, antykoagulantów oraz innych niesteroidowych leków przeciwkrzepowych i inhibitorów agregacji trombocytów.

Nie zaleca się przeprowadzania zabiegu hirudoterapii:

- u dzieci poniżej 10 roku życia; wyjątek stanowią pacjenci po replantacji,
- u kobiet w trakcie trwania miesiączki,
- u pacjentów z ogólnym osłabieniem,
- u osób z wysoką temperaturą, gruźlicą bądź zarażonych wirusem HIV,
- u osób chorych psychicznie.

Hirudoterapia jest całkowicie naturalną metodą leczenia wielu chorób. Związki zawarte w ślinie pijawek przenikają do organizmu człowieka i wywołują szereg zmian biochemicznych. Substancje te posiadają właściwości przeciwwkrzepowe, rozszerzające i uszczelniające naczynia krwionośne, przeciwhistaminowe, przeciwbólowe, antybiotyczne, jak również regenerujące skórę i komórki nerwowe. Hirudoterapeuci zapewnijają o skuteczności stosowania hirudoterapii w leczeniu bądź wspomaganiu leczenia wielu chorób.

Hirudoterapia, w krajach takich jak Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Niemcy czy Rosja traktowana jest jako przyjęta metoda leczenia stosowana przez lekarzy. Jednakże w świetle polskiego prawa ten sposób leczenia jest niekonwencjonalny. ■

Syrek Małgorzata

Bibliografia u autora

ROLA PIEŁĘGNIARKI W EDUKACJI DIETETYCZNEJ W SCHORZENIACH WRZODOWYCH

DEFINICJA

Chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy nazywamy ubytki błony śluzowej żołądka, które tworzą się na krzywiźnie mniejszej żołądka i opuszcze dwunastnicy. Wrzód trawienny powstaje w wyniku zniesienia śluzówkowej bariery ochronnej żołądka lub niewłaściwego wydzielania kwasu żołądkowego i pepsyny.

Przyczyny choroby:

Przyczyną choroby wrzodowej jest brak równowagi między czynnikami uszkodzającymi błonę śluzową żołądka a czynnikami chroniącymi ją.

CZYNNIKI OCHRONNE

- śluz produkowany przez błonę śluzową,
- wewnątrzżołądkowe czynniki alkalizujące,
- czynniki cytoprotekcyjne, tj. czynniki biologiczne chroniące komórki przed szkodliwymi wpływami,
- pokarm,
- neurohormonalne mechanizmy autoregulacji wydzielania żołądkowego prostaglandyny,
- regeneracja nabłonka.

Czynniki uszkodzające [wpływające na rozwój choroby wrzodowej]:

- palenie tytoniu
- spożywanie alkoholu,
- nadużywanie środków sokopędnych,
- zażywanie leków p/zapalnych (np. Aspiryna),
- stres (bezsensowność, skłonności do depresji)
- podłoże genetyczne
- infekcje wywołane przez *Helikobacter pylori*.

Objawy choroby:

- ogólny dyskomfort,
- zgaga,
- zwiększone wydzielanie śliny,
- jedzenie wywołuje ból,
- występują wymioty, które łagodzą ból,
- wzdęcia,
- zaparcia.

UDZIAŁ PIEŁĘGNIARKI W DIETOTERAPII:

Pielegniarka uczy pacjenta jak i jakie powinien spożywać posiłki:

Okres ostrych dolegliwości:

- picie dużej ilości ciepłych (lecz nie gorących!) napojów. Wskazana jest słaba herbata, szczególnie zielona liściasta, zioła (siemię lniane, rumianek, dziurawiec), przegotowana woda, płyn nawadniający Gastrolit, dostępny w aptekach bez recepty, a także niektóre polecane przez uzdrowiska wody lecznicze, np. Franciszek, Henryk. Picie między posiłkami lub przed posiłkami. Nigdy zaraz po jedzeniu.
- 6 do 10 małych, lekkich posiłków dziennie. Większe posiłki przeciążają chory przewód pokarmowy. Potrawy powinny być bardzo dobrze ugotowane (miękkie), a następnie przetarte, aby nie drażniły uszkodzonej błony śluzowej żołądka i ułatwiły przyswajanie składników odżywczych. Wskazane jest puree ziemniaczane lub warzywno-

- ziemniaczane, ugotowana i zmielona cielęcina, galaretki owocowe, kisiel, zupy przecierane, duszone i przetarte owoce, gotowane mleko i przetarty twarożek,
- unikanie produktów surowych. Potrawy powinny być bardzo delikatne w smaku. Ostre przyprawy wymagają wydzielanie soków żołądkowych. Z pieczywa najlepsze są czerstwe, pszenne bułki, można je np. rozmoczyć w mleku. Możesz spróbować jeść wysokiej jakości wędliny i mięso pieczone w folii. Na początku jednak niech to będą bardzo małe porcje,
 - nie wolno pić alkoholu, ani palić papierosów. Alkohol drażni błonę śluzową żołądka, a nikotyna wpływa niekorzystnie na ukrwienie żołądka i dwunastnicy,
 - stosowanie preparatów witaminowo-mineralnych, w ilości zalecanej przez lekarza prowadzącego, ponieważ rygorystyczna dieta nie dostarcza takiej ilości składników odżywczych, jakiej potrzebujesz.

Okres łagodniejszych dolegliwości

- w dalszym ciągu: małe porcje, ale często, najlepiej co 2-3 godziny,
- bardzo ostrożne wprowadzanie do jadłospisu surowych warzyw i owoców,
- początkowo mała ilość na przykład jabłka, ale w przypadku złego samopoczucia powrót do gotowanych owoców i warzyw oraz przecierania ich lub miksowania.

Produkty i potrawy

Polecane:

- pieczywo pszenne z białej mąki,
- potrawy mączne lane kluski, drobny gotowany makaron, miękkie łazanki,
- potrawy z kasz drobne kasze, ryż, płatki owsiane, najlepiej przetarte grube kasze,
- ziemniaki gotowane, najlepiej puree,
- zupy jarzynowe, z kasz na słabych wywarach z włoszczyzny lub na mleku, zaprawiane zawiesiną z mąki, śmietanki, mleka lub masła,
- dodatki do zup ziemniaki purre, drobny makaron, lane kluski, ryż, drobne kasze,
- potrawy mięsne chude mięsa, gotowane, w galarecie, duszone bez tłuszczu, w późniejszym okresie choroby - pieczone w folii lub przykrywanym naczyniu,
- sosy w późniejszym okresie choroby domowe chude sosy: potrawkowy, koperkowy, ew. pomidorowy, zaprawiane mlekiem lub słodką śmietanką,
- nabiał: mleko, jogurty, kefiry, twaróg, jaja na miękko, w późniejszym okresie choroby jajecznica i omlet na parze
- tłuszcze świeże masło, słodka śmietanka, w późniejszym okresie choroby olej,
- warzywa marchew, buraki, seler, pietruszka szpinak, dynia, pomidor bez skórki, sałata, cykoria, natka pietruszki koperek. Najbezpieczniej podawać warzywa gotowane i przecierane,
- owoce dojrzałe, przy złej tolerancji tylko gotowane i przecierane,
- przyprawy: sól, łagodne przyprawy ziołowe, np. bazylia, estragon, melisa, koperek, natka pietruszki,
- desery: galaretki owocowe, kisiele, budynie, kompoty przecierane, biszkopty,
- napoje słaba herbata, szczególnie zielona, napary z ziół, siemienia, rozcięzione soki owocowe i warzywne, bawarka, kawa zbożowa z mlekiem,
- cukier i słodocze: cukier, niewielka ilość miodu pszczelego,

Niewskazane są:

- sucharki żytnie, razowe,
- naleśniki, pierogi, zapiekanki,
- zwłaszcza zapiekane,
- smażone, pieczone,
- zupy na tłustych wywarach z kości, ryb i grzybów, zaprawiane zasmażkami
- paszteciki, grube kasze,
- smażone, zapiekane, peklowane, marynowane, wędzone
- pozostałe sosy,
- sery żółte i topione, jaja na twardo i smażone na tłuszczu,
- smalec, słonina, kwaśna śmietana, margaryna w kostkach,
- warzywa kapustne, rzodkiewka, rzepa, rzodkiew, strączkowe, cebula, czosnek, surowe ogórki,
- niedojrzałe, kwaśne, surowe, suszone owoce, np. rodzynki, figi,
- ocet, musztarda, ketchup, chrzan, pieprz, papryka, liście laurowe, ziele angielskie,
- ciasto drożdżowe czerstwe ciasta z tłuszczem (kruche, francuskie), kremy, torty, lody,
- alkohol, mocna herbata, kawa, napoje gazowane, nie rozcięzione soki owocowe
- cukierki czekoladowe, nadziewane, czekolada, marmolada,

Rola pielęgniarki w edukacji dietetycznej w chorobie wrzodowej

- polega na zamierzonym wpływie na osobowość pacjenta przez kształtowanie jego zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, przez przygotowanie do współpracy i współdziałania w procesie pielęgnowania i leczenia oraz samopielęgnowania i opieki innej niż profesjonalna. Dotyczy przekazywania pacjentowi wiedzy i kształtowania u niego umiejętności potrzebnych do tych działań.
- pielęgniarka występuje w roli wychowawcy i nauczyciela, powinna mieć wiedzę oraz podstawowe umiejętności z pedagogiki dotyczące procesu wychowania i nauczania.
- pielęgniarka towarzyszy i pomaga człowiekowi w tych działaniach, które dotyczą zdrowia tzn. wzmacnianiu zdrowia, zapobiegania chorobom, pomocy w przezwyciężaniu choroby, kształtowaniu umiejętności życia z chorobą lub z niepełnosprawnością.

Bywa, że choroba wrzodowa, mimo że była prawidłowo leczona, po jakimś czasie nawraca. Najczęściej zdarza się to jesienią i wiosną. Jeśli należysz do osób podatnych na to schorzenie, postaraj się w najniebezpieczniejszych dla wrzodowców okresach stosować dietę lekko strawną profilaktycznie. Unikaj również stresów i leków niszczących śluzówkę żołądka, np. naproksenu, aspiryny. Właściwy kontakt z rodziną pacjenta:

- edukacja zdrowotna,
- informacja o uwarunkowaniach dietetycznych,
- atmosfera spotkań,
- wsparcie psychiczne chorego i rodziny.

PIELĘGNIARKA MUSI BYĆ DLA PACJENTA PSYCHICZNĄ PODPORĄ, STWARZAĆ SPOKOJNĄ, MIŁĄ ATMOSFERĘ, POMÓC W PRZYSTOSOWANIU SIĘ DO ŻYCIA I PRACY W ZMIENIANYCH WARUNKACH, WSPIERAĆ PACJENTA. ■

Aleksandra Skrzypińska

Bibliografia u autora.

Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad osobami upośledzonymi w stopniu lekkim w Domach Pomocy Społecznej

We współczesnym świecie stosunek człowieka do problemu niepełnosprawności stanowi sprawdzian jego człowieczeństwa, wrażliwości, dowodzi postępowości poglądów lub ich zacołania. Wielkie akcje humanitarne, ofiarne gesty znanych postaci mają znaczenie, ale równie ważna, o ile nie najważniejsza jest codzienna praca z osobą niepełnosprawną.

Upośledzenie umysłowe dotyczy 1-3% społeczeństwa. Najliczniejszą grupę stanowią osoby upośledzone umysłowo w stopniu lekkim. U osób upośledzonych obserwuje się dużą różnorodność zaburzeń. Są wśród nich zaburzenia rozwoju mowy, deficyty w zakresie sprawności analizatora wzrokowego i słuchowego, zaburzenia lateralizacji, sprawności motorycznej i manualnej, zaburzenia emocjonalne i inne. Upośledzenie umysłowe ogranicza człowieka w uczeniu się, nabywaniu doświadczeń, przystosowaniu społecznym. Ogromne znaczenie właśnie ma podjęta rewalidacja, dzięki której możliwe jest usprawnianie psychofizyczne i społeczne osoby upośledzonej. Wiedza z zakresu wychowania i nauczania takich ludzi niezbędna jest dla rodziców, nauczycieli pracujących w szkołach i pracowników pracujących w specjalnych placówkach. Właśnie te osoby kształtują osobowość człowieka, jego umysłowość oraz pomagają mu odnaleźć swoje miejsce w świecie.

Pielęgniarka ma najczęstszy kontakt z pacjentem. Do niej należy nie tylko zaspakajanie potrzeb pacjenta, ale też stworzenie odpowiedniej atmosfery, dążenie do aktywizacji osób chorych, motywacja do udziału w różnych formach zajęć w domach pomocy społecznej.

Osoby dotknięte upośledzeniem w stopniu lekkim potrzebują pomocy w kształtowaniu dobrej jakości życia, ponieważ często nie potrafią już samodzielnie zadbać o siebie. Wraz z upływem lat zmniejszają się siły fizyczne, kompetencje intelektualne. Nie wszystkie jednostki są zdolne rozróżnić, co im naprawdę pomaga, a co szkodzi. Tu właśnie dużą rolę odgrywa pielęgniarka. W domach pomocy społecznej pielęgniarka ma do spełnienia następujące zadania:

- opracowywanie indywidualnych planów wspierania mieszkańców oraz wspólna z mieszkańcem domu ich realizacja;
- przyjmowanie do domu mieszkańców zgodnie ze skierowaniem oraz katalogiem procedur;
- tworzenie atmosfery sprzyjającej pełnej adaptacji mieszkańców i ich aktywizacji w nowym środowisku;
- kształtowanie właściwych stosunków międzyludzkich i koleżeńskich wśród mieszkańców;
- rozpoznawanie i udział w zaspokajaniu indywidualnych potrzeb i życia mieszkańców;
- aktywne uczestnictwo w działaniach mających na celu usamodzielnienie się mieszkańców;
- pomoc mieszkańcom w rozwiązywaniu problemów osobistych, w utrzymaniu kontaktów z rodzinami;
- planowanie pracy terapeutyczno-opiekuńczej i prowadzenie systematycznych zajęć w zakresie wypełniania czasu wolnego pensjonariuszy;
- organizowanie zajęć kulturalno-oświatowych rekreacyjnych oraz czynnego wypoczynku;
- dbanie o estetykę pensjonariuszy, jak i ich pokoi mieszkalnych;

- udzielanie pomocy osobom niepełnosprawnym, karmienie, ubieranie, estetyka otoczenia;
- utrzymywanie kontaktów i współpraca z innymi domami pomocy społecznej, ośrodkami pomocy społecznej;
- prowadzenie dokumentacji osobowej pensjonariuszy, stosowanej terapii i innych zajęć;
- utrzymywanie dobrego stanu zdrowia mieszkańców;
- udostępnienie mieszkańcom dostępu do korzystania ze świadczeń leczniczych zgodnie z przysługującymi im uprawnieniami;
- zaopatrzenie mieszkańców w niezbędne leki, artykuły sanitarne, sprzęt ortopedyczny – zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- zapewnienie warunków godnego umierania i przeprowadzenie pogrzebu zgodnie z wyznaniem mieszkańca i miejscowym zwyczajem.

Podstawowym prawem mieszkańca Domów Pomocy Społecznej jest zapewnienie mu opieki medycznej. Tutaj na pierwszy plan wysuwa się zespół pielęgniarski, który ma za zadanie nieść pomoc oraz odpowiada za zdrowie podopiecznego. Do podstawowych czynności związanych z opieką medyczną należą: podanie leków, pielęgnowanie, opatrywanie i inne zabiegi wymagające pracy i pomocy pielęgniarskiej.

Pielęgniarka ma na celu dobro mieszkańca. Wymagane są częste konsultacje z lekarzem pierwszego kontaktu, który nadzoruje zdrowie pacjentów. W przypadku osób dotkniętych upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim takie konsultacje nie wymagają specjalnego przyjazdu lekarza, ponieważ osoby te mają możliwość samodzielnie dotrzeć z opiekunem do lekarza czy na badania.

Edukacja mieszkańca to proces, którego celem jest wpływanie na kształtowanie postaw prozdrowotnych. Polega na kształtowaniu poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie, przez przygotowanie do współpracy i współdziałania w procesie pielęgnowania i leczenia oraz samopielęgnowania i opieki, innej niż profesjonalna. Edukacja obejmuje pracę wychowawczą i dydaktyczną wynikającą z funkcji i zadań zawodowych pracowników Domów pomocy. Współpraca z ludźmi i praca na ich rzecz wpływa zawsze na ich osobowość, czyli na uczucia, postawy, motywy działania, przekonania. W pracy z osobami upośledzonymi intelektualnie pożądane jest, aby były to oddziaływania zamierzone, celowe, przemyślane. Dlatego tak duże znaczenie przypisywane jest przygotowaniu pielęgniarki do pełnienia funkcji wychowawczej w odniesieniu do podmiotu opieki. Pielęgniarka występująca w roli wychowawcy i nauczyciela powinna mieć wiedzę oraz podstawowe umiejętności z pedagogiki dotyczące procesu wychowania i nauczania. Funkcja wychowawcza pielęgniarki to zadania, których celem jest zamierzony wpływ na osobowość podopiecznego poprzez kształtowanie prawidłowych, pożądanych zachowań zdrowotnych, poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie.

Pielęgniarka towarzyszy i pomaga człowiekowi w tych działaniach, które dotyczą zdrowia tzn. wzmacnianiu zdrowia, zapobiegania chorobom, pomocy w przezwyciężaniu choroby, kształtowaniu umiejętności życia z chorobą lub z niepełnosprawnością.

Jednym z zadań pełnionych przez pielęgniarkę jest kształtowanie u podopiecznego poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie. Kolejnym jest przygotowanie podopiecznego do podejmowania działań prozdrowotnych w odniesieniu do sie-

bie. Pielęgniarka przygotowuje pacjenta do współpracy z innymi pielęgniarkami w procesie pielęgnowania. Uświadamia i wyjaśnia cel opieki. Uczy tych zachowań, których przestrzeganie przez pacjenta jest istotne do osiągnięcia celów opieki. Kolejnym zadaniem jest przygotowanie pacjenta do samoopieki. Pielęgniarka uczy oceniania stanu zdrowia pacjenta, właściwego reagowania w przypadku wystąpienia powikłań. Edukuje w zakresie wyboru właściwych sposobów dla podtrzymania funkcji życiowych. Wyjaśnia jak zapewnić komfort życia codziennego w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej. Zakres szczegółowych zadań realizowanych przez pielęgniarkę w odniesieniu do podopiecznego uwarunkowany jest przede wszystkim celami określonymi w procesie pielęgnowania. Zawsze wymaga to wcześniejszej oceny stanu jednostki, rozpoznania jego postawy wobec własnego zdrowia, choroby, niesprawności. Ocena jest podstawą efektywnego nauczania, zapewnia jego indywidualizowanie poprzez odkrycie, co podopieczny umie, co chce i potrzebuje wiedzieć, jakiej pomocy wymaga i potrzebuje. Funkcja wychowawcza dotyczy nie tylko podopiecznych, ale też realizacji celów edukacji zdrowotnej, wychowania zdrowotnego i oświaty zdrowotnej. Są to wszystkie zadania programów promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej, których istotą jest edukacja zdrowotna społeczeństwa.

Edukacja zdrowotna to działania, których celem jest wyposażenie osób zdrowych lub chorych w wiedzę i umiejętności niezbędnych do przyjęcia zachowań korzystnych dla zdrowia. Może być ukierunkowana na zdrowie, czynniki ryzyka, chorobę. Obejmuje trzy okresy. Pierwszy to uświadomienie sobie przez człowieka problemów z utrzymaniem i wzmacnianiem zdrowia. Drugi to podjęcie osobistych decyzji o wprowadzeniu zmian w zachowaniach na bardziej korzystne dla zdrowia. Trzeci to podjęcie zaplanowanych działań zmieniających zachowania zdrowotne i stan środowiska.

W promocji punktem odniesienia jest zdrowie, a jej celem inwestowanie w zdrowie i jego wzmacnianie, poprawa lub utrzymanie na tym samym poziomie. W tym zakresie pielęgniarka propaguje w społeczeństwie i w odniesieniu do indywidualnych osób zachowania prozdrowotne i styl życia wspierający zdrowie. Doradza ludziom jak wzmacniać własne zdrowie. Zapewnia podopiecznym warunki do prowadzenia stylu życia sprzyjającego utrzymaniu zdrowia. Przygotowuje pacjenta do zwiększenia kontroli nad stanem własnego zdrowia poprzez uświadamianie wpływu sytuacji zawodowej, rodzinnej na jego stan. Zachęca do badań profilaktycznych. Uczenie racjonalnego odżywiania, zasad higieny osobistej, form aktywnego wypoczynku prawidłowych zachowań służących ochronie zdrowia tj. dbanie o higienę zdrowia psychicznego, zachowania właściwych proporcji między czasem poświęconym na pracę, naukę, aktywność, sen i wypoczynek. W profilaktyce odniesieniem jest relacja między zdrowiem a chorobą. Celem profilaktyki jest zapobieganie wystąpieniu schorzenia, oraz identyfikacja niebezpieczeństw. Niebezpieczeństwa te wynikają ze schorzeń uznawanych za problemy społeczne: choroby układu krążenia, wypadki, urazy, zatrucia, choroby zawodowe.

Do pielęgniarki należy realizowanie działań profilaktycznych w oparciu o wcześniejszą diagnozę stanu, planowanie i realizowanie działań ograniczających ryzyko wystąpienia powikłań w wyniku stosowanych metod diagnozowania, terapii, rehabilitacji oraz pielęgnowania.

Edukacja zdrowotna jest bardzo istotna dla człowieka chorego i zdrowego. Pielęgniarka ma szczególne możliwości do oddziaływania, zwłaszcza w odniesieniu do podopiecznych, ponieważ spędza z nimi więcej czasu niż inni pracownicy domu pomocy. Obserwuje ich w różnych sytuacjach. Łatwiej jest jej ocenić potrzeby i gotowość mieszkańca do uczenia się i zmiany zachowań.

Terapia zajęciowa jest jednym z czynników rehabilitacji społecznej. Ma na celu włączenie mieszkańca domu pomocy społecznej w normalny nurt życia domu i społeczeństwa. Stwarza szansę wyrażania siebie w takiej formie twórczości, która odpowiada jego indywidualnym uzdolnieniom i możliwościom. Pielęgniarka wraz z terapeutą ustalają indywidualny plan dla danej jednostki i zachęca do wzięcia w niej udziału. Usprawnianie psychiczne polega na przywróceniu zdolności nawiązywania kontaktów i umiejętności współżycia z innymi ludźmi, dostosowania się do środowiska, w którym się żyje. Usprawnianie fizyczne to połączenie zajęć terapeutycznych z rehabilitacją leczniczą, umożliwiające zachowanie sprawności fizycznej, pozwalającej przynajmniej na samodzielne wykonywanie prostych czynności. W terapii zajęciowej usprawnianie psychiczne i fizyczne przeplatają się nawzajem. Zajęcia muzyczne poprawiają nastrój, a w połączeniu z tańcem usprawniają fizycznie.

Celem terapii zajęciowej jest zapobieganie skutkom ograniczania aktywności i przywracanie zdolności do aktywnego życia w interakcji z otoczeniem społecznym. Poprzez uczestniczenie w przeróżnych formach aktywności zorganizowanej i celowej jednostki nie pozostają bierne, nie zanika w nich inicjatywa i chęć do pracy oraz chęć nawiązywania i kontynuowania kontaktów z innymi. Tym samym osiąga się maksymalny rozwój umiejętności podopiecznego. W terapii zajęciowej stosuje się świadomy dobór różnych zajęć typu manualnego, intelektualnego i rozrywkowego, które poprzez wykonywanie usprawniają uszkodzoną czynność organizmu lub pozytywnie oddziałują na stan psychiczny jednostki.

Podstawowymi formami terapii w Domach Pomocy Społecznej są:

- ergoterapia, czyli terapia poprzez zajęcia manualne (tkactwo, hafciarstwo, dziewiarstwo, wikliniarstwo, krawiectwo, kaletnictwo, metaloplastyka, garncarstwo i ceramika, stolarstwo i ogrodnictwo). Ma na celu leczenie chorych i niepełnosprawnych ludzi. Polega na zachęcaniu osoby dotkniętej niepełnosprawnością do brania czynnego udziału w życiu osobistym i społecznym oraz pokazaniu, że chory sam jest w stanie poradzić sobie z codziennością.
- socjoterapia, czyli terapia zaburzeń zachowania i zaburzeń emocjonalnych w toku spotkań grupowych, towarzyskich (ludoterapia, zabawoterapia, rekreacja, trening umiejętności społecznych, terapia ruchem);
- arteterapia, czyli terapia sztuką, kontakt bierny lub czynny ze sztuką i kulturą (rysunek, malarstwo, grafika, rzeźba, sztuki użytkowe, zdobnictwo i dekoratorstwo). Głównym celem arteterapii jest umożliwienie jednostce dokonania zmiany, wzrostu, rozwoju osobistego poprzez stosowanie materiałów artystycznych w bezpiecznych i sprzyjających temu warunkach.

Kluczową rolę w arteterapii odgrywa relacja terapeutyczna, która różni się od relacji w tradycyjnych formach psychoterapii, ponieważ zachodzi między pacjentem, osobą uczestniczącą i dziełem. Ta forma terapii może być szczególnie użyteczna dla osób, które mają trudności z wyrażeniem swoich myśli i uczuć drogą werbalną.

- kinezyterapia, czyli terapia ruchem, ćwiczenia fizyczne prowadzone przez uprawnionych rehabilitantów. Jest ona ważna dlatego, gdyż zaspokaja potrzebę rywalizacji, wyładowania emocji, odreagowania, relaksu i współzawodnictwa. Przed podjęciem owej terapii należy uwzględnić stan zdrowia pacjenta, jego tryb życia, poziom aktywności fizycznej oraz cechy osobiste;
- zajęcia rekreacyjne, czyli: spacer, wieczorki taneczne, gry sportowe, gry i zabawy świetlicowe, spotkania z poezją;
- zajęcia artystyczne polegające na wszelkiego rodzaju umuzykalnianiu oraz na pracach ręcznych, np. śpiewanie znanych piosenek, uczenie się nowych, słuchanie muzyki, udział w koncertach;
- gry i zabawy mające na celu poprawę sprawności fizycznej i psychicznej, rozwijanie orientacji, pomysłowości, uzupełnianie wiadomości oraz umiejętności podejmowania decyzji, wprowadzające poczucie sprawiedliwości, podporządkowania i poznawania zasad;
- biblioterapia to zamierzone działania przy wykorzystaniu książki lub materiałów niedrukowanych (np. filmy, kaset, obrazy itp.) prowadzące do celów rewalidacyjnych, resocjalizacyjnych, profilaktycznych, czy ogólnorozwojowych. W odróżnieniu od czytelnictwa w biblioterapii cel terapeutyczny jest celem nadrzędnym. Obok niego realizowane są oczywiście dodatkowe cele, takie jak zaspokajanie przez osoby niepełnosprawne potrzeb kulturalnych, intelektualnych, rozrywkowych, udział we wspólnym dorobku kulturowym. Właściwie dobrana i odpowiednio traktowana książka może kompensować braki osoby niepełnosprawnej, pełnić funkcję profilaktyczną, stymulować własną twórczość osób uczestniczących w zajęciach. Biblioterapia nie leczy, ale pomaga zmienić postawę na taką, która sprzyja zdrowiu. Łagodzi agresję, integruje osoby niepełnosprawne i nieprzystosowane społecznie, przygotowuje do pełnienia różnych ról, pomaga pokonać przeciwności losu, problemy życiowe. Zmniejsza strach, stres, lęk. Pomaga zaakceptować swoją „inność” lub aktualny stan, w którym się znajdujemy. Niesie ulgę w cierpieniu, pomaga w procesie rozwoju, koryguje emocjonalnie zaburzone zachowanie, pomaga samotnym, nieśmiałym, zakompleksionym, uaktywnia.

Terapia zajęciowa jest jednym ze sposobów pożytecznego spędzania czasu w domach pomocy społecznej. Osoby zamieszkałe w takich domach mają dużo wolnego czasu i często nie wiedzą, co z nim robić. Różnorodna terapia zajęciowa to propozycja dla mieszkańców, aby się nie nudzić, by wykorzystywać swoją chęć do nauki. Zajęcia terapeutyczne opierają się na umiejętnościach już posiadanych oraz na nauce nowych. Podczas zajęć należy uwzględniać życzenia i przyzwyczajenia podopiecznych, pamiętając jednak o stereotypach utrwalanych często przez wiele lat. Terapia zajęciowa powinna być zawsze poprzedzona postawieniem stosownej diagnozy, uwzględniającej skomplikowane i nietypowe patologie. Diagnoza zapewnia mieszkańcowi szansę wyrażenia siebie w dostępnej i indywidualnej formie. Pozwala na wybór takiej formy twórczości, która odpowiada indywidualnym uzdolnieniom i możliwościom.

W domach pomocy społecznej terapia zajęciowa integruje mieszkańców, pozwala na nawiązanie bliższych kontaktów poprzez rozmowy i wspólne rozwiązywanie problemów. Świadomość zdolności, przydatności i możliwości zrobienia czegoś pożytecznego wpływa pozytywnie na samoocenę ludzi, podnosi wartość w oczach innych uczestników zajęć, wyzwala poczucie bycia potrzebnym.

W trakcie twórczej pracy zapomina się o samotności, bólach i chorobach, przekonuje się o własnych możliwościach. Stosowanie różnych form terapii zajęciowej usprawnia psychicznie i fizycznie, powoduje usamodzielnienie, pobudza zaradność, uczy współżycia w grupie, nawiązywania kontaktów z sąsiadami i z personelem. Ponadto utrzymuje lub budzi wiarę w sens życia i rozwija różne zainteresowania. Wymienić tu należy także wyrobienie w mieszkańcu poczucia społecznej użyteczności, adaptacji do nowych warunków życia, likwidację nudy i apatii, czasem agresji, odzwyczajanie od nałogów. W terapii zajęciowej niezbędny jest doping i przykład innych osób. Jeśli kilka osób weźmie się za jakąś pracę, wtedy łatwiej jest im pociągnąć za sobą innych. W przeciwnym wypadku na zajęcia przychodzi bardzo mało osób. Osoba prowadząca ćwiczenia w ramach terapii zajęciowej to terapeuta zajęciowy. To on poprzez zajęcia usprawnia podopiecznych pod względem fizycznym, psychicznym i społecznym, leczy pacjenta poprzez wykorzystywanie możliwości instrumentalnych, intelektualnych i emocjonalnych, wykorzystując do tego różne formy i techniki terapii: psychoterapię, reedukację, profilaktykę i rehabilitację w uzależnieniach, rewalidację przez sztukę, terapię rodziny, ergoterapię, turystykę i rekreację. To osoba ze specjalnym przygotowaniem i predyspozycjami, znająca wiele działań pracy i technik usprawniających podopiecznego. Powstały struktury edukacyjne, które zajmują się nauką terapeutów pracujących z osobami w różnym wieku i z różnymi schorzeniami, z niepełnosprawnymi fizycznie i umysłowo, z zaburzeniami emocjonalnymi, niepotrafiącymi zadbać o siebie i o rodzinę. Poprzez uczestnictwo w terapii zajęciowej wszyscy pozytywnie modyfikują swoje zachowania. Od terapeuty zajęciowego wymaga się przygotowania pedagogicznego oraz ogólnych wiadomości z zakresu anatomii, fizjologii i patologii. Aby osiągnąć zamierzony cel, powinien on podchodzić do podopiecznych z wyrozumiałością, serdecznością i cierpliwością. Zanim zacznie pomagać pacjentom, dokonuje oceny funkcjonowania pacjenta w codziennym życiu i układa jego codzienny plan zajęć, uwzględniając w nim indywidualne potrzeby pacjenta i otoczenie, w którym przebywa. Podczas zajęć uważnie obserwuje, jak osoba daje sobie radę z wyznaczonymi zadaniami, podkreśla zaangażowanie podopiecznego, nie szczędząc przy tym słownych wzmoceń. Zachęca do pracy poprzez rozmowę, co po zważy akceptować swoją niepełnosprawność i osiągać coraz lepsze efekty terapeutyczne, zwiększać stopień samodzielności i wzmacniać wiarę we własne możliwości. Poprzez stosowanie częstych pochwał, podnosi samoocenę, uczy pacjentów tolerancji na stres, niweluje podstawy roszczeniowe oraz pomaga w znalezieniu „bratniej duszy”. Odpowiednio dobrana terapia zajęciowa działa uspokajająco i kieruje uwagę na wykonywaną pracę. Gdy zajęcia są prowadzone ciekawie, podopieczny zapomina, że ćwiczy i wykonuje pracę bez uczucia zmęczenia.

Wynioskować można, iż:

Upośledzenie umysłowe to zmniejszenie możliwości rozwojowych spowodowane wczesnymi nieodwracalnymi zmianami w ośrodkowym układzie nerwowym.

Częstość występowania upośledzenia umysłowego waha się w granicach 1-3 %, w tym upośledzenie lekkie stanowi 7 %. Przyczyny upośledzenia umysłowego są zróżnicowane. Należą do nich czynniki prenatalne, perinatalne i postnatalne.

Upośledzenie umysłowe występuje w przebiegu wielu chorób podłożu genetycznym (zespół Downa, zespół Edwardsa, zespół Patau).

Upośledzenie umysłowe w stopniu lekkim jest wynikiem oddziaływania czynników środowiskowych, genetycznych, biologicznych, społecznych i psychologicznych.

Podopieczni z upośledzeniem umysłowym lekkim, przebywający w Domach Pomocy Społecznej mają opracowane indywidualne programy terapeutyczne.

Pielęgniarka w Domu Pomocy Społecznej wykonuje nie tylko procedury pielęgnacyjne. Przede wszystkim aktywizuje pacjenta, dba o jego rozwój fizyczny i psychiczny. ■

Małgorzata Syska

Bibliografia u autora

Przeszczepy nerek. Specyfika opieki nad dawcą i biorcą przeszczepu.

Przeszczepianie narządów jest metodą ratowania życia chorego, który potrzebuje zdrowego narządu lub tkanek, aby żyć. Metoda ta polega na wszczepieniu biorcy narządów lub tkanek, pochodzących od innego człowieka.

Rodzaje przeszczepów:

1. Autoprzeszczep – przemieszczenie w inne miejsce narządu lub tkanki u tego samego osobnika.
2. Izoprzeszczep – transplantacja w obrębie dwóch osobników identycznych genetycznie (bliźnięta jednojajowe).
3. Alloprzeszczep – jest to zabieg dokonywany między osobnikami tego samego gatunku, którzy nie są identyczni genetycznie. Oczywiście pewna zgodność musi być zachowana.
4. Ksenoprzeszczep – transplantacja między osobnikami różnych gatunków. Tu wyróżniamy ksenoprzeszczep zgodny – narząd pobrany jest od małp naczelnych dla człowieka, oraz ksenoprzeszczep niezgodny – narząd pochodzi od świni.

Przeciwwskazania bezwzględne:

1. Zakażenie wirusem HIV.
2. Narkomania.
3. Choroba nowotworowa z uogólnionymi przerzutami.
4. Niewydolność krążenia oporna na leczenia konwencjonalne.
5. Uogólniona miażdżycza z nieodwracalnymi powikłaniami ze strony serca i mózgu.
6. Niewydolność układu oddechowego w przebiegu przewlekłych chorób płuc.
7. Podeszły wiek (powyżej 70lat).
8. Choroby psychiczne oraz niezdyscyplinowanie chorego.

Przeciwwskazania względne:

1. Wiek chorego (poniżej 2 r.ż. i powyżej 65 r.ż.).
2. Obecność czynnych (utajonych) zakażeń- stomatologiczne, laryngologiczne, układu oddechowego, moczowego.

3. Nałogowe palenie tytoniu.
4. Choroby wątroby – aktywna postać wzw typu B.
5. Choroby układu krążenia.
6. Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, kamica pęcherzyka żółciowego, żylaki podudzi, hemoroidy.
7. Leczenie p/prątkowe i kolagenoz – po 6 miesiącach.

Samokontrola chorych po przeszczepieniu nerki

1. Wizyty kontrolne u lekarza zespołu transplantacyjnego lub nefrologa.
2. Higiena rany pooperacyjnej.
3. Kontrola temperatury ciała, RR krwi i tętna.
4. Sprawdzenie objętości wydalanego moczu i przyrostu wagi ciała – przyrost masy o ponad 1kg/dobę lub ponad 2kg/tydzień należy natychmiast skonsultować z lekarzem.
5. Higiena jamy ustnej.
6. Ogólna higiena ciała.
7. Higiena skóry i włosów:
 - Kortykosterydy – (Prednison, Encorton) stosowane po przeszczepie mogą powodować zmiany o typie trądziku – leczenie pod kontrolą dermatologa,
 - Pielęgnacja wysuszonej skóry delikatnymi kosmetykami,
 - Prednison – powoduje osłabienie włosów – stosować odżywki,
 - Nadmierny porost włosów na całym ciele (cyklosporyna-Neoral),
 - Ekspozycja na słońce – pacjenci po przeszczepieniu narządów są bardziej narażeni na raka skóry, w związku z tym, że ich układ odpornościowy nie jest w stanie naprawić wszystkich uszkodzeń spowodowanych działaniem promieni ultrafioletowych na skórę.
8. Zakaz przyjmowania leków na własną rękę.
9. Dbanie o kondycję fizyczną – pozwala utrzymać sprawność, dobre samopoczucie i zapobiega powstawaniu osteoporozy. Większe wysiłki uzgodnić z lekarzem.

10. Dieta i odżywianie

- Leczenie immunosupresyjne może nasilać zaburzenia metaboliczne, może dojść do nietolerancji węglowodanów lub ujawnienia się cukrzycy (ograniczyć ilość węglowodanów),
- U osób z tendencją do nadwagi stosować dietę zbilansowaną i z ograniczoną ilością tłuszczów,
- Zaburzeniom gospodarki lipidowej w postaci hipercholesterolemii można zapobiegać stosując dietę ograniczającą ilość cholesterolu i nasyconych kwasów tłuszczowych,
- Wskazane jest wypijanie około 2l wody mineralnej w celu ułatwienia wydalania przez nerki zbędnych dla organizmu produktów,
- Nie popijać sokiem grejpfrutowym leków: Prograf, Neoral – sok może spowodować wzrost stężenia tych leków we krwi i wystąpienie działań niepożądanych,
- Kortykosterydy nasilają gromadzenie sodu w organizmie co powoduje zatrzymanie wody i wzrost RR krwi (należy ograniczyć spożycie sodu),
- Kortykosterydy powodują nadmierną utratę potasu i fosforanów, natomiast Cyklosporyna A może podwyższać stężenie potasu (dbać o prawidłowy poziom potasu w surowicy),

- Nadmierny katabolizm białek, kompensować białkiem w diecie,
 - Ograniczyć używki – mocną kawę, alkohol, ostre przyprawy, palenie tytoniu – drażniące przewód pokarmowy (kortykosterydy powodują zaostrzenie doległości wrzodowych).
11. Poprawa czynności układu endokrynnego powoduje powrót libido i regularny cykl miesięcznych. U kobiet ze względu na ryzyko zakażeń nie stosować wkładek domacicznych.
 12. Ocenia się, że 1/50 kobiet z przeszczepioną nerką zachodzi w ciążę i rodzi dziecko – ciąża ma być dokładnie zaplanowana, uzgodniona z lekarzem, co najmniej rok po przeszczepie. Leki immunosupresyjne w najniższych dawkach.
 13. Nie unikać podróżowania, ale kierować się zdrowym rozsądkiem.
 14. Szczepienia – pacjent po przeszczepie, otrzymujący leki hamujące układ naturalnej odporności nie powinien otrzymywać szczepionek zawierających żywe lub nawet osłabione drobnoustroje. Można stosować jedynie szczepionki z martwych lub inaktywowanych wirusów, ale tylko w porozumieniu z lekarzem.
 15. Zwierzęta domowe – nie zaleca się utrzymywania zwierząt domowych, ze względu na ryzyko zakażeń.
 16. Rośliny doniczkowe źródłem zakażeń glebowych.
 17. Czystość pomieszczeń mieszkalnych, łodówek, łazienek, bielizna pościelowa zmieniana co tydzień.

Zasady obowiązujące przy kwalifikowaniu potencjalnych, żywych dawców nerki.

1. Wstępna rozmowa z potencjalnym żywym dawcą nerki w ośrodku dializ lub transplantacyjnym, który będzie wykonywał przeszczep.

- Obawy potencjalnego dawcy.
- Zapoznanie z przebiegiem przygotowania zabiegu.
- Poinformowanie o potencjalnym ryzyku zabiegu (wcześnie i późne powikłania).

Na podstawie obserwacji przeprowadzonych w USA ustalono że:

- Że śmiertelność dawcy związana z nefrektomią wynosi 0,03 do 0,1%.
- Wczesne powikłania pooperacyjne, którym można zapobiec, a mogące być przyczyną śmierci, występują u 1,4 do 1,8% dawców (zatorowość płuc, zawał serca).
- Pooperacyjne powikłania o łżejszym przebiegu obserwowano u 3 do 20% dawców (zakażenia układu moczowego, rany pooperacyjnej, zakrzepowe zapalenie żył, wzw typu B lub C).
- Czas przeżycia, przyczyny zgonu, częstość rozwoju nadciśnienia tętniczego i niewydolność nerki nie różnią się od obserwowanych ogólniej populacji.
- Wykazano, że dawcy nerek żyli dłużej: po 20 latach żyło 86% dawców w porównaniu z 66% osób z populacji ogólnej (dawcami byli dokładnie przebadani, zdrowi ludzie, przebywający pod stałą opieką lekarską).

2. Ocena stanu ogólnego dawcy

- Wykonanie badań wykluczających choroby nerek, ukła-

dy krążenia, oddechowego, przewodu pokarmowego i innych.

- Oznaczenie grupy głównej krwi Ab0.
- Wykluczenie zakażeń wirusowych HIV, HBV, HVC oraz WR.
- Wykonanie testu krzyżowego, jeśli wynik jest ujemny to u dawcy oznacza się antygeny zgodności tkanki i porównuje je z antygenami zgodności tkankowej biorcy.

3. Podawanie szczepionki – po zakwalifikowaniu dawcy podanie szczepionki przeciw WZW B.

4. Ostateczna ocena dawcy i biorcy w ośrodku transplantacyjnym przez komisję składającą się z nefrologa, chirurga i psychologa:

- Podpisanie zgody przez potencjalnego dawcę w obecności ww. komisji na oddanie nerki.
- Ustalenie terminu arteriografii nerkowej.
- Ustalenie terminu nefrektomii i przeszczepu nerki.

Zalety przeszczepienia nerek od dawców żywych:

1. Skrócenie czasu oczekiwania na przeszczep lub możliwość przeszczepienia przed rozpoczęciem leczenia dializami.
2. Możliwość wybrania odpowiedniego czasu na operację (lepsze przygotowanie dawcy, biorcy i zespołu transplantacyjnego).
3. Skrócenie czasu zimnego niedokrwienia.
4. Lepsze przeżycie nerki przeszczepionej w porównaniu z przeszczepami ze zwłok.

Wykazano, że po 10 latach funkcjonuje:

- 75% przeszczepów od dawców identycznych (bliźnięta jednojajowe),
- 56% przeszczepów od innych dawców żywych,
- 44% przeszczepów od osób zmarłych.

Dawcą nerki może być członek rodziny chorego (pokrewieństwo genetyczne) lub też osoba spokrewniona emocjonalnie (mąż, żona, przysposobieni rodzice).

Decyzja o oddaniu nerki powinna być podjęta bez presji otoczenia chorego. Jej motywem powinna być miłość i chęć ulżenia cierpieniom bliskiej osoby. Powinna mieć altruistyczny charakter. Określa się ją darem serca.

Badania psychologiczne dawców wykazały, że:

- 96% z nich zostałoby jeszcze raz dawcą,
- jedynie 4% żałuje swojej decyzji,
- 90% dawców uważa, że ich zdrowie uległo pogorszeniu,
- u ponad 50% dawców doszło do poprawy samopoczucia, wzrostu samooceny, poczucia większej wartości, poprawy stosunków w rodzinie.

Przygotowanie biorcy do zabiegu przeszczepienia nerki

1. Po wstępnym okresie dializoterapii ok. 3-6 miesięcy, po usunięciu przeciwwskazań dokonuje się kwalifikacji pacjenta do przeszczepu nerki.



2. Dane osobowe i medyczne zostają umieszczone na tzw. Liście oczekujących na przeszczep zarówno w regionalnym ośrodku transplantacyjnym jak i na tzw. Centralnej Liście Biorców w biurze krajowej organizacji koordynującej pobrania i transplantacji narządów „POLTRANSPLANT” w Warszawie.
3. Pacjent – Biorca musi być zawsze dostępny i gotowy na wezwanie zespołu transplantacyjnego na wypadek uzyskania nerki do przeszczepu.
 - pacjent pod telefonem,
 - spakowane przedmioty niezbędne w szpitalu,
 - leczenie stomatologiczne, laryngologiczne,
 - pacjent po wezwaniu pozostaje bez jedzenia i picia,
 - zgłasza się do ośrodka.
4. Próbkę krwi biorcy porównane z próbkami krwi dawcy
 - test krzyżowej zgodności tkankowej,
 - porównanie antygenów zgodności tkankowej z HLA dawcy.
5. Ostateczna kwalifikacja biorcy do przeszczepienia
 - ocena zgodności immunologicznej,
 - aktualny stan kliniczny:
 - badanie przedmiotowe,
 - rtg klatki piersiowej,
 - badania laboratoryjne,
 - krzyżówka krwi,
 - badania bakteriologiczne (mocz, kał wymaz z gardła).
6. W zależności od potrzeby, może być wykonywana dializa przez transplantację
7. Przygotowanie pola operacyjnego – ogolić
8. W niektórych ośrodkach w celu dekontaminacji (odkażenia) biorcy podaje się antybiotyki
9. Rozmowa z pacjentem
10. Podpisanie zgody na zabieg
11. Nawet w ostatniej chwili może się zdarzyć, że zabieg zostanie odwołany m.in. z powodu dyskwalifikacji dawcy
12. Ośrodki transplantacyjne proponują ośrodkom dializ przygotowanie biorcy rezerwowego.

Technika zabiegu operacyjnego

Nerkę pochodzącą od dawcy umieszcza się pozaotrzewnowo w prawym lub lewym dole biodrowym. Naczynia przeszczepu zostają połączone z naczyniami biorcy. Moczowód przeszczepu wszczepia się do pęcherza moczowego pacjenta. Zabieg trwa od 2-4 godzin.

Czynniki decydujące o podjęciu pracy przez przeszczepioną nerkę:

1. Prawidłowości techniki pobrania nerki.
2. Sposób konserwacji.
3. Czas przechowywania nerki (niedokrwienie zimne dopuszczalne do 48 godzin).
4. Czas wyjęcia nerki z oziębnego płynu do przywrócenia w niej krążenia (niedokrwienie ciepłe).

W polskich warunkach ponad połowa przeszczepów podejmuje funkcję natychmiast, w pozostałych przypadkach dochodzi do rozwoju ostrej niewydolności przeszczepionej nerki,

k która może utrzymywać się przez kilka tygodni – chorzy ci wymagają dializoterapii. 5-7% przeszczepów nigdy nie podejmuje funkcji.

Po zabiegu wykonuje się kontrolne USG nerki, biopsję nerki w celu postępowania leczenia, przy podejrzeniu odrzucenia przeszczepu.

Opieka pooperacyjna:

1. Intensywny nadzór
2. Ochrona przed infekcją
3. Płyny podawane dożylnie
4. Wczesne uruchamianie pacjenta
5. Po ok. 2-4 tygodniach pacjent wypisany do domu.

Objawy odrzucenia przeszczepu:

1. Gorączka.
2. Bóle mięśniowe i złe samopoczucie.
3. Zmniejszająca się objętość wydalanego moczu.
4. Nieprawidłowe testy laboratoryjne czynności nerek.
5. Podwyższenie RR krwi.

Leczenie immunosupresyjne

Celem tego leczenia jest skuteczne zablokowanie układu immunologicznego biorcy, w wyniku czego organizm biorcy nie rozpoznaje przeszczepionej nerki jako obcej. Leczenie immunosupresyjne rozpoczyna się już przez rozpoczęciem zabiegu i podaje się: Cell Cept i Neoral lub Prograf. Następnie przed unaczynieniem przeszczepu i po zakończeniu zabiegu podaje się hormony sterydowe. Dawki leków obniża się stopniowo, w miarę upływu czasu. Leki immunosupresyjne należy przyjmować przez cały okres funkcjonowania przeszczepu.

Leczenie immunosupresyjne niesie za sobą wiele zagrożeń, wynikających z toksyczności stosowanych leków i powikłań infekcyjnych.

Cyklosporyna – powoduje przerost dziąseł, nadmierne owłosienie,

Trakrolimus – jest neurotoksyczny, powoduje nadciśnienie i cukrzycę,

Azatiopryna – może uszkadzać szpik, wątrobę, trzustkę, wywołuje biegunkę,

Cell Cept – może uszkadzać szpik, wywołuje biegunkę lub bóle stawów,

Prednison – wywołuje objawy zespołu Cushinga, nasila osteoporozę.

Wszystkie leki immunosupresyjne zwiększają ryzyko wystąpienia nowotworów. Stała immunosupresja sprzyja rozwojowi infekcji bakteryjnych, wirusowych, grzybiczych układu oddechowego, moczowego. Osoby z przeszczepioną nerką powinny unikać kontaktów z ludźmi rozsiewającymi infekcje. ■

Romańska Woletta

Bibliografia u autora.

ZASADY PODAWANIA INSULINY DROGĄ PODSKÓRNĄ WSTRZYKIWACZEM AUTOMATYCZNYM TYPU PEN

Cel procedury

- wskazanie prawidłowych zasad przygotowania oraz podania insuliny za pomocą pena,
- zapewnienie bezpieczeństwa personelowi oraz pacjentom,
- edukacja pacjenta i rodziny chorego.

Zakres procedury

- pacjenci wymagający podania insuliny na podstawie zlecenia lekarskiego,
- pielęgniarki wykonujące daną procedurę.

Odpowiedzialność

Pielęgniarka jest odpowiedzialna za:

- odpowiednie przygotowanie oraz podanie insuliny drogą podskórną,
- właściwy wybór miejsca wkłucia,
- zapewnienie bezpieczeństwa pacjentowi.

Definicje

Insulina - jest niezbędnym hormonem do prawidłowego metabolizmu węglowodanów, białek i tłuszczu. Syntetyzowany oraz wydzielany przez komórki B wysp trzustkowych. W przypadku chorych na cukrzycę typu 1 dany hormon nie jest wytwarzany, dlatego pacjentom należy podawać insulinę z zewnątrz. U chorych na cukrzycę typu 2 przyjmowanie insuliny nie jest konieczne. Z czasem jednak u wielu pacjentów dochodzi do spadku wytwarzania insuliny, niezbędne staje się wtedy podawanie insuliny.

Pen - automatyczny wstrzykiwacz z wbudowaną skalą, ułatwiający bezpieczne podanie odpowiedniej dawki insuliny.

Iniekcja podskórna - podanie leku w miejsce obfite w luźną tkankę podskórną, pozbawione większych naczyń krwionośnych, znamion, blizn, nacieków po poprzednich wstrzyknięciach.

Opis postępowania

Czynności przygotowawcze:

A. Przygotowanie stanowiska pracy pielęgniarki:

1. Przygotowanie zestawu do podania insuliny:- wkład ze zleconą przez lekarza insuliną- pen - igła np. typu Micro-Fine 30 G (0,3 x 8 mm) lub 28 G (0,36x12 mm) –środek dezynfekcyjny- jałowe gaziki.

2. Przygotowanie pena z insuliną:

- sprawdzenie nazwy oraz daty ważności zleconej insuliny
- założenie wkładu z insuliną do pena, zgodnie z instrukcją producenta,
- prawidłowe wymieszanie insuliny mętnej, do 30 razy ruchem wahadłowym,
- założenie igły do pena zgodnie z zasadami aseptyki (dezynfekcja gumowego korka),
- wystrzyknięcie 1-2 jednostek insuliny w celu odprowadzenia powietrza oraz wypełnienia przestrzeni w igle,
- ustawienie odpowiedniej dawki insuliny do podania.

B. Przygotowanie pacjenta:

1. Uzyskanie zgody na wykonanie iniekcji

2. Poinformowanie pacjenta o:

- celu i przebiegu zabiegu
- możliwości wystąpienia rzadkich powikłań w miejscu wstrzyknięcia takich jak: zaczerwienienie, świąd, obrzęk,
- konieczności zgłaszania niepokojących objawów podczas oraz po wykonaniu iniekcji takich jak duszność, pocenie się, senność, zmęczenie, dekoncentracja.

3. Ustalenie z pacjentem miejsca podania insuliny

Insulinę podajemy podskórnie w następujących miejscach - skóra brzucha, pomiędzy grzebieniem biodrowym a pępkiem, wokół pępka należy zostawić wolną powierzchnię w postaci koła o promieniu 2 cm - połowa zewnętrznej powierzchni uda rozpoczynająca się na szerokość dłoni poniżej krętarza dużego i tak samo od stawu kolanowego, iniekcja w pozycji siedzącej - połowa zewnętrznej powierzchni ramienia rozpoczynająca się 4 palce nad stawem łokciowym i tak samo od stawu ramiennego, należy pamiętać, że w tej okolicy tkanka podskórna jest bardzo cienka i może łatwo dojść do wstrzyknięcia domięśniowego - pod łopatką ujmując fałd od dolnego kąta łopatki w kierunku linii pachowej - pośladki, wstrzyknięcia dokonujemy w górną, zewnętrzną część.

C. Przygotowanie pielęgniarki:

- sprawdzenie zlecenia lekarskiego,
- higieniczne umycie rąk,
- założenia jednorazowych rękawiczek.

D. Czynności właściwe:

- sprawdzenie nazwy oraz ustalonej dawki leku według zlecenia lekarza,
- dezynfekcja miejsca wkłucia,
- usunięcie osłonki z igły,
- ujęcie fałdu skórno-mięśniowego pomiędzy kciukiem a palcem wskazującym, na grubość 2-3 cm,
- poinformowanie pacjenta o momencie wkłucia,
- wprowadzenie całej igły pod kątem 90° (u osób szczupłych pod kątem 45°, u osób otyłych pod kątem 90° bez fałdu),
- wstrzyknięcie insuliny naciskając przycisk do iniekcji,
- sprawdzenie, czy pokrętko wróciło na pozycję zerową,
- odczekanie 10- 15 sekund, aby zapewnić podanie całej dawki leku,
- wyjęcie igły,
- zwolnienie fałdu skórno-mięśniowego,
- miejsca wkłucia nie przyciskamy gazikiem, nie masujemy.

E. Czynności końcowe:

1. Uporządkowanie stanowiska pielęgniarki:

- bezpieczne usunięcie igły i umieszczenie jej do zamkniętego pojemnika na odpady medyczne ostre,
- włożenie pena do opakowania.

F. Postępowanie z pacjentem:

- sprawdzenie czy pacjent spożył posiłek,
- obserwacja pacjenta pod kątem objawów hipoglikemii oraz innych działań niepożądanych.

G. Czynności końcowe wykonywane przez pielęgniarkę:

- higieniczne umycie rąk,
- uzupełnienie dokumentacji.



H. Zasady epidemiologiczne

- przed przystąpieniem do przygotowania sprzętu należy higienicznie umyć ręce.

Podstawowy zestaw:

- mydło w płynie oraz ręcznik jednorazowy,
- przygotowywanie wstrzykiwacza zgodnie z zasadami aseptyki,
- dezynfekcja gumowego korka - po każdorazowym podaniu insuliny zużytą igłę należy umieścić w zamkniętym pojemniku na odpady medyczne ostre,
- pen jest indywidualnym sprzętem pacjenta,
- do każdego rodzaju insuliny należy stosować inny wstrzykiwacz.

I. Zasady przechowywania insuliny:

- insulinę aktualnie używaną przechowujemy w temperaturze pokojowej do 4 tygodni,
- zapas insuliny należy przechowywać w lodówce, w temperaturze 2-8 stopni Celsjusza,
- nie wolno zamrażać,
- nie można podawać insuliny wyjętej bezpośrednio z lodówki,
- nie należy narażać insuliny na silne światło słoneczne i mróz,
- do transportu insuliny używamy specjalnych toreb term izolacyjnych.

J. Zalecenia dla użytkowników wstrzykiwaczy typu pen :

- przygotowując insulinę do podania sprawdzamy czy fiolka nie została uszkodzona oraz czy jej zawartość nie zmieniła wyglądu,
- sprawdzamy datę ważności insuliny,
- przygotowując pen zalecamy się do zaleceń producenta,
- igły używane do penów są igłami jednorazowego użytku,
- insulinę mętną mieszamy przed podaniem (30 razy ruchem wahadłowym),
- w warunkach domowych nie ma konieczności dezynfekcji miejsca wkłucia, dopuszcza się umycie danego miejsca wodą z mydłem i osuszenie jednorazowym ręcznikiem,
- należy pamiętać, aby czas podania był skoordynowany z czasem przyjmowania posiłków. Czas, jaki musi upłynąć pomiędzy podaniem, a spożyciem posiłku zależy od poziomu glukozy we krwi oraz od rodzaju insuliny,
- futerał zawierający pen powinien być opisany imieniem i nazwiskiem oraz datą włożenia wkładu do wstrzykiwacza,
- gorąca kąpiel lub prysznic może przyspieszyć wchłanianie insuliny dlatego zaleca się, aby wieczorną toaletę wykonać przed podaniem nocnej dawki leku.

Podając insulinę należy:

- wykonywać iniekcje przez dłuższy czas w to samo miejsce, zachowując odstęp pomiędzy wkłuciami od 1 do 3 szerokości palca. Aby dokonać wkłucia w to samo miejsce musi upłynąć co najmniej 6 tyg od poprzedniego wkłucia,
- co miesiąc zmieniać stronę ciała, zbyt częste zmiany okolicy podania mogą dać zbyt duże zmiany w tempie wchłaniania leku,
- podczas hospitalizacji pacjenta podawać insulinę w ramię.

K. Zalecane miejsca podania insuliny ze względu na szybkość wchłaniania:

- insuliny szybko działające podaje się w brzuch bezpośrednio przed posiłkiem,
- insuliny krótko działające podaje się w brzuch 30 min. przed posiłkiem,
- insuliny długo działające podaje się w udo,
- mieszanki insuliny podaje się w brzuch lub udo.

Sowa Regina

Bibliografia u autora.

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE WTÓRNE (HYPERTONIA ARTERIALIS SECONDARY)

Nadciśnienie tętnicze wtórne jest chorobą układu krążenia charakteryzującą się stale lub okresowo podwyższonym ciśnieniem tętniczym krwi.

Za nadciśnienie uznano wartości przekraczające 140 mmHg dla ciśnienia skurczowego lub 90 mmHg dla ciśnienia rozkurczowego. Przy pomiarze ciśnienia tętniczego uwzględnić należy dobowe wahania ciśnienia i stan emocjonalny badanego. U osób wrażliwych sam fakt kontaktu z lekarzem może być powodem wzrostu ciśnienia „zespół białego fartucha”.

Rozpoznanie powinno być oparte na wynikach kilkakrotnych pomiarów. U 10% przypadków choroby to nadciśnienie wtórne, czyli wywołane uchwytymi przyczynami.

Wtórne nadciśnienie może sugerować nagły początek, wyjściowo wysokie jego wartości oraz oporność na leczenie farmakologiczne. Nadciśnienie tętnicze jest istotnym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego i najczęstszą przyczyną zgonów na całym świecie.

Pierwszorazowe stwierdzenie podwyższonego ciśnienia krwi wskazuje na konieczność jego częstszych kontroli. Potwierdzenie rozpoznania nadciśnienia w każdym przypadku nakazuje wykluczenie wtórnej postaci NT.

Przyczyny:

Choroby nerek - to najczęstsza przyczyna wtórnego nadciśnienia tętniczego. Często przyczyną jest wielotorbielowate zwyrodnienie nerek. Nadciśnienie tętnicze występujące w przebiegu wielotorbielowości nerek jest obecne u 50-79% chorych i znacznie przyspiesza rozwój schyłkowej niewydolności nerek. Prawdopodobną przyczyną występowania nadciśnienia tętniczego w tej jednostce chorobowej są zmiany strukturalne w nerce, wzmożona aktywność układu renina-angiotensyna oraz zwiększona aktywność układu współczulnego.

Częstość występowania nadciśnienia tętniczego u chorych po przeszczepieniu nerki wynosi 40-80%. Tak duże różnice w doniesieniach o częstości jego występowania są wynikiem między innymi stosowania różnych kryteriów rozpoznawania nadciśnienia tętniczego, różnych metod pomiaru ciśnienia krwi i stosowanej metody leczenia immunosupresyjnego.

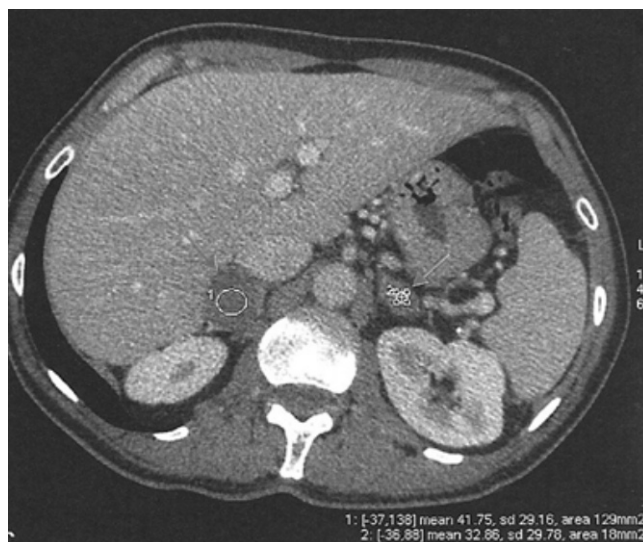
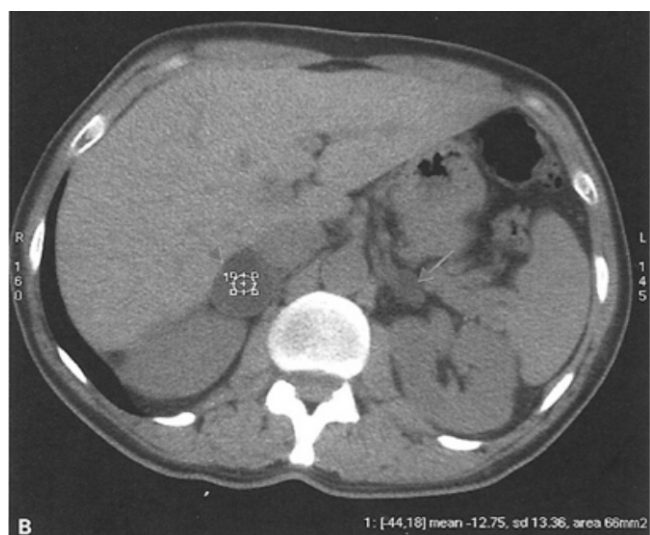
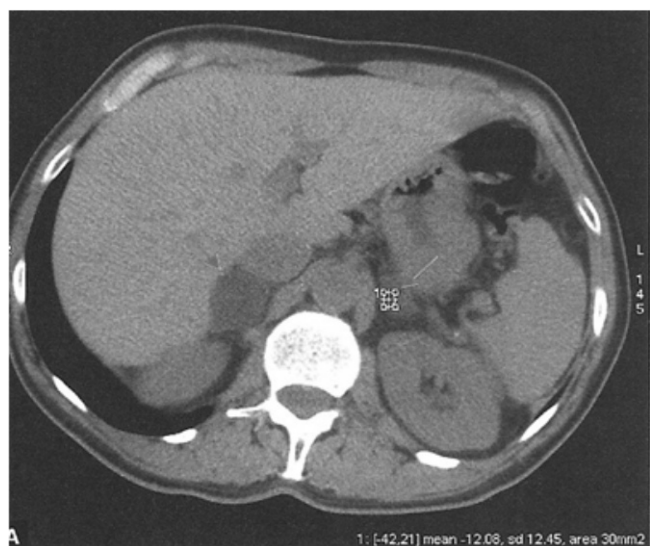
Przyjmuje się, że rozwój NT po przeszczepieniu nerek może być uzależniony od kilku czynników:

- biorcy przeszczepu
- przeszczepionej nerki
- leków immunosupresyjnych

Guz chromochłonny jest bardzo rzadką przyczyną wtórnego nadciśnienia tętniczego i stanowi 0,2-0,4% ogólnej populacji chorych na nadciśnienie tętnicze. Choroba ta może mieć charakter dziedziczny lub nabyty. Najczęstszą lokalizacją guza są nadnercza, może także występować w innych narządach np. w okolicy aorty, nerek, pęcherza moczowego, w klatce piersiowej, w podstawie czaszki.

Guz chromochłonny może występować sporadycznie i rodzinnie. W przeważającym odsetku przypadków guz zlokalizowany jest w obrębie jamy brzusznej oraz w obrębie jednego nadnercza, rzadziej obu.

Ry. 1. Badanie TK jamy brzusznej w trakcie diagnostyki nadciśnienia wtórnego. W badaniu przed podaniem środka cieniującego (A-B) i po jego podaniu (C) widoczne hipodensyjne guzy obu nadnerczy (strzałki).



U ok 70% pacjentów po operacji guza chromochłonnego dochodzi do trwałej normalizacji ciśnienia tętniczego krwi.

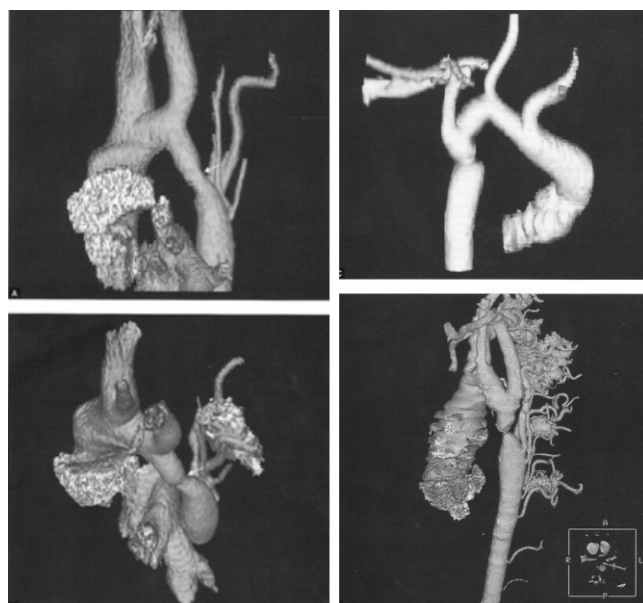
- Zespół Cushinga występuje u ok.0,1% populacji ogólnej i stanowi rzadką przyczynę nadciśnienia wtórnego. W większości przypadków w zespole Cushinga nadciśnienie tętnicze przebiega ze zwiększonym stężeniem reniny w osoczu.

W przypadku zespołu Cushinga spowodowanego gruczolakiem lub rakiem kory nadnerczy leczenie z wyboru stanowi operacyjne usunięcie guza, co w większości przypadków prowadzi do normalizacji ciśnienia tętniczego.

- Koarktacja aorty stanowi kolejną przyczynę nadciśnienia wtórnego, szczególnie u dzieci i młodzieży. Następstwa prostej koarktacji aorty zależą od stopnia jej zwężenia, w nadciśnieniu tętniczym występuje w ok.90%.

Ryc. 2. Różne postaci anatomiczne koarktacji

- Zespół Conna



Bardzo istotne dla diagnostyki nadciśnienia jest oznaczenie stężenia potasu w surowicy krwi. Zmniejszenie się zawartości potasu przy zasadowym odczynie moczu powinno nasuwać podejrzenie zespołu Conna.

- Choroba Takayasu może występować u osób w każdym wieku, ale chorują na nią przede wszystkim ludzie młodzi, głównie kobiety w 2 i 3 dekadzie życia. Nadciśnienie tętnicze występuje u 90% osób z tą chorobą. Mechanizm jego powstawania zależy od lokalizacji zmian naczyniowych.
- Zbyt wysokie stężenie cholesterolu, palenie tytoniu i niektóre choroby metaboliczne (cukrzyca) są czynnikami sprzyjającymi rozwojowi miażdżycy.

U osób z zespołem metabolicznym częstsze są powikłania narządowe nadciśnienia tętniczego takie jak mikroalbuminuria, przerost lewej komory i sztywność tętnic.

Możliwość wystąpienia nefropatii cukrzycowej należy rozważać u wszystkich chorych na cukrzycę, którzy mają dodatnie wywiady rodzinne w kierunku nefropatii cukrzycowej, nadciśnienia tętniczego oraz incydentów sercowo-naczyniowych w cukrzycy typu 2.

Wymienione czynniki ryzyka często występują łącznie z nadciśnieniem tętniczym, przez co prawdopodobieństwo groźnych powikłań jest bardzo wysokie. Rozwój miażdżycy w tętnicach wieńcowych grozi wystąpieniem zawału serca, w innych naczyniach doprowadza do powikłań takich jak tętniak aorty czy niedokrwienie kończyn.

W etiologii rozwarstwienia aorty nadciśnienie tętnicze ma udowodnione znaczenie. Występuje u około 70% przypadków, zaś przerost mięśnia stwierdza się u 90% chorych z rozwarstwieniem aorty. W przypadku nieleczzonego rozwarstwienia aorty śmiertelność w ciągu pierwszych dwóch dni wynosi 50%, w ciągu jednego miesiąca zaś umiera 90%.

- Nadciśnienie tętnicze indukowane przez leki i inne substancje toksyczne.
- Wiele preparatów podnosi ciśnienie tętnicze: doustna antykoncepcja, steroidy, niesterydowe leki p/zapalne, kokaina, amfetamina, cyklosporyna.
- Obturacyjny bezdech podczas snu-istotny czynnik ryzyka chorób sercowo-naczyniowych może być przyczyną wtórnego nadciśnienia tętniczego.

Za bezdech uważany jest zanik przepływu powietrza przez drogi oddechowe trwający dłużej niż 10 sekund.

Objawy obturacyjnego bezdechu podczas snu to: głośnie chrapanie, nadmierna aktywność ruchowa w czasie snu, bezdechy, nadmierna potliwość, nadmierna senność w ciągu dnia i bóle głowy, otyłość, podwyższone ciśnienie tętnicze krwi.

DIAGNOSTYKA NADCIŚNIENIA WTÓRNEGO

- Nadciśnienie tętnicze rozpoznaje się po uzyskaniu wyników wielokrotnych pomiarów. Do badania najczęściej wybierana jest metoda pośrednia Riva-Rocci (RR) z użyciem uciskowego mankietu gumowego.
- EKG spoczynkowe,
- EKG wysiłkowe,
- Badanie Holtera,
- Echokardiografia,
- Monitorowanie wydolności nerek,
- Badanie dna oczu powinno być rutynowe w diagnostyce nadciśnienia.

W ciągu ostatnich lat w diagnostyce nadciśnienia tętniczego wykorzystuje się metodę całodobowego pomiaru ciśnienia

tętniczego. Wykazuje ona przewagę nad pomiarem tradycyjnym w przewidywaniu rozwoju takich powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego, jak:

- przerost mięśnia lewej komory,
- pogrubienie błony środkowej i wewnętrznej tętnicy szyjnej,
- mikroalbuminuria.

Całodobowe automatyczne pomiary ciśnienia umożliwiają ocenę zmian ciśnienia tętniczego zachodzących w czasie aktywności życiowej badanej osoby, a także analizę rytmu ciśnienia z oceną ciśnienia w godzinach nocnych oraz określenie, kiedy przyjmuje ono wartości maksymalne.

Ponadto dają możliwości oceny działania leków hipotensyjnych.

Elektrokardiogram jest badaniem rutynowo wykonywanym u chorych na nadciśnienie tętnicze. W obrazie elektrokardiograficznym jedną z najczęściej obserwowanych nieprawidłowości, typowych zwłaszcza dla zaawansowanego nadciśnienia, są zmiany będące wynikiem przerostu mięśnia lewej komory serca. Należy pamiętać, że we wczesnym okresie nadciśnienia tętniczego obraz EKG może być prawidłowy. W analizie zapisu u chorego na NT istotne znaczenie ma również poszukiwanie zmian charakterystycznych dla niedokrwienia mięśnia sercowego oraz zaburzeń rytmu i przewodzenia.

Leczenie

Celem leczenia choroby nadciśnieniowej jest zapobieganie chorobowości i umieralności związanej z podwyższonym ciśnieniem krwi oraz obniżenie ciśnienia tętniczego w sposób możliwie najmniej zakłócający normalne życie. W przypadku wtórnego nadciśnienia tętniczego, zwłaszcza we wczesnym okresie choroby, jest możliwość pełnego wyleczenia. Znacząco poprawia się jakość życia pacjentów po usunięciu przyczyny nadciśnienia wtórnego i zminimalizowaniu leczenia farmakologicznego. Bardzo ważnym czynnikiem w leczeniu nadciśnienia jest zmiana trybu życia i sposobu odżywiania. Lekami pierwszego rzutu są obecnie leki moczopędne, leki blokujące receptory β -adrenergiczne, inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę i leki blokujące kanał wapniowy.

Do elementów decydujących o rokowaniu chorych z NT zalicza się:

- wysokość ciśnienia tętniczego,
- wielkość ciśnienia tętna,
- podeszły wiek chorych,
- palenie tytoniu,
- zaburzenia lipidowe wyrażone wartością cholesterolu całkowitego,
- cukrzyca,
- otyłość brzuszna,
- choroby sercowo-naczyniowe.

Rutynowa ocena kliniczna pacjenta z rozpoznaniem nadciśnieniem rozpoczyna się od wnikliwego wywiadu i badania przedmiotowego ukierunkowanego na potwierdzenie cech wtórnego nadciśnienia. Nielezione lub niesystematycznie leczone nadciśnienie doprowadza do powikłań narządowych. Celem postępowania leczniczego przy stwierdzonym nadciśnieniu tętniczym wtórnym jest przede wszystkim umożliwienie leczenia przyczynowego NT.

Bożena Potemaska

Bibliografia u autora.

Oferta kursów i szkoleń planowanych do realizacji w II połowie roku 2015 przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo internistyczne
2. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
3. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
4. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
5. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
6. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania
7. Pielęgniarstwo geriatryczne

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka
4. Leczenie ran – kurs dla pielęgniarek
5. Leczenie ran – dla położnych
6. Szczepienia ochronne
7. Szczepienia ochronne dla położnych
8. Edukator w cukrzycy
9. Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji

Warunkiem rozpoczęcia każdego z kursów jest uczestnictwo min. 20 osób.

II Jurajskie Spotkanie Onkologiczne

W dniach 3-14.11.2015 odbyły się w Częstochowie II Jurajskie Spotkanie Onkologiczne

nt. Rak piersi nowości w leczeniu onkologicznym, onkoplastyce i rekonstrukcji.

Zachorowalność na raka piersi w Polsce wzrasta, ale również wyniki leczenia są coraz lepsze.

Spowodowane jest to powstawaniem zespołów interdyscyplinarnych specjalizujących się w diagnostyce i leczeniu chorych na raka piersi.

Jeden z wykładów prowadzony przez prof. dr hab. n. med. Janusza Limona dotyczył genetyki raka piersi.

Profesor omówił częstość występowania mutacji BRCA1/2 w populacji polskiej:

- ogólnopolskiej 0,25% - badania na 17 tys. próbek nowotworów
- u pacjentek z rakiem jajnika 13 %

Testy genetyczne - materiałem do badań diagnostyce nowotworów jest każda komórka jądrowa pobrana w postaci krwi, komórek płynu owodniowego, fragmentu guza, biopsji czy szpiku kostnego.

W diagnostyce molekularnej konieczna jest izolacja DNA od osoby poddającej się badaniu. Standardowo pobiera się 5-10 ml krwi żyłnej do próbki zawierającej EDTA i dokładnie wymieszać. Próbkę powinna być przesłana tego samego dnia do ośrodka izolującego DNA lub przechować próbkę w lodowce (+4°C) przez krótki czas. Badania diagnostyczne dziedzicznego raka piersi i jajnika:

- u przynajmniej trzech krewnych wystąpi rak piersi i/lub jajnika. Jedna z tych osób jest krewnym 1° dla dwóch pozostałych
- chorują członkowie rodziny z przynajmniej dwóch kolejnych pokoleń (pionowa transmisja choroby)
- przynajmniej u jednego z krewnych jest spełnione jedno z kryteriów: rak jest obustronny, wieloogniskowy, lub wystąpił < 50 roku życia.

Na genetyczne badania przesiewowe powinien być kierowany:

1. Każdy przypadek zachorowania na raka jajnika bez względu na wiek i wywiad rodzinny
2. Wczesny wiek kobiety u której pojawił się rak piersi < 40 r.ż.
3. Chorzy krewni: dwie lub więcej osób
4. Liczne pierwotne raki u jednej osoby w rodzinie: piersi lub jajnika
5. Rak piersi u mężczyzny
6. Wskazania histopatologiczne raka piersi. Rak rdzeniasty. Potrójnie negatywny rak ER, PR i HER 2. Szczególnie przed 50 r.ż. W połączeniu z rodzinnym występowaniem raków.
7. Nowo zdiagnozowany rak piersi u osoby pochodzenia Aszkenazyjskiego.
8. Pozytywny wywiad rodzinny dotyczący raków jajnika u osoby pochodzącej z grupy etnicznej o znanej mutacji założycielskiej.
9. Występowanie mutacji u krewnych z dowolnej strony rodziny (I i II stopień pokrewieństwa)
10. Występowanie raka piersi i/lub jajnika i rodzinne występowanie innych nowotworów- rak prostaty, tarczycy, mięsaka, rak endometrialny, rak kory nadnercza, gwiaździak lub rak trzustki.

Wynik badania powinien być przekazany badanemu przez genetyka i przez niego omówiony, ponieważ wynik ujemny nie oznacza niemożności zachorowania. Znaczenie pozytywnych wyników badań molekularnych:

- konsultacja w poradni genetycznej
- profilaktyka pierwotna (mastektomia, owariektomia, chemoprewencja)
- profilaktyka wtórna (całe życie)
- 1. samobadanie piersi
- 2. mammografia (co 12 m.)
- 3. MRI piersi (co 12 m.)
- 4. Ca 125 (co 6 m.)
- 5. USG transwaginalne (co 6 m.)
- nie ma przeciwwskazań do ciąży

Prowadzenie badań nosicielstwa mutacji genów predysponujących do rozwoju nowotworów powinno być prowadzone w onkologicznych poradniach zatrudniających, lekarza genetyka klinicznego.

Poszukiwanie nosicielstwa mutacji tych genów powinno być zawsze poprzedzone zebraniem przez lekarza onkologa lub genetyka klinicznego szczegółowego wywiadu rodzinnego zachorowań na nowotwory.

Anna Profic, Magdalena Osińska

KOMUNIKAT NR 1 XI Ogólnopolski Konkurs „Pielęgniarka Roku 2015”

**Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarskiego
oraz
Koło Liderów Pielęgniarstwa
zapraszają pielęgniarki i pielęgniarzy do udziału
w XI Konkursie „Pielęgniarka Roku”**

Celem konkursu jest: wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek prezentujących najwyższy poziom przygotowania zawodowego i zaangażowania w działalność na rzecz środowiska pielęgniarskiego

Harmonogram Konkursu:

1. I etap Konkursu - wyłonienie uczestników w poszczególnych podmiotach leczniczych - do 10 stycznia 2016 roku.
2. II etap - eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP - 5 lutego 2016 r. godzina 12:00 (miejsce zostanie podane bezpośrednio zainteresowanym).
3. III etap - ocena finalistów- pierwsza dekada kwietnia Warszawa (szczegóły zostaną podane w Komunikacie nr 2 na stronie internetowej Towarzystwa www.ptp.nal.pl).

Informacje dodatkowe:

- ANETA TRZCIŃSKA – SEKRETARZ ZARZĄDU ODDZIAŁU POLSKIEGO TOWARZYSTWA PIELĘGNIARSKIEGO W KATOWICACH
trzaneta@gmail.com, tel.603789035

Załącznik:

1. Karta Zgłoszenia

**Prosimy o rozpropagowanie informacji wśród
zainteresowanych**

**Karty zgłoszeniowe proszę przesłać drogą
elektroniczną na adres: trzaneta@gmail.com ,
a następnie pocztą tradycyjną na adres:
ANETA TRZCIŃSKA ZO PTP,
ul. Francuska 16, 40-027 Katowice**

Regulamin Ogólny Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2015”

1. Konkurs przeznaczony jest dla pielęgniarek / pielęgniarzy sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem.
2. Do Konkursu mogą przystąpić pielęgniarki / pielęgniarze zatrudnieni w zakładach ochrony zdrowia działających na terenie kraju.
3. Do konkursu mogą przystąpić osoby biorące udział w poprzednich edycjach konkursu oraz ich laureaci.
4. Uczestnikami konkursu nie może być kadra kierownicza (dyrektorzy ds. pielęgniarstwa, pielęgniarki naczelne, przełożone, oddziałowe oraz koordynujące).

5. Uczestnicy Konkursu zgłaszani są przez przełożonych lub zgłaszają się sami. Wypełnioną Kartę Zgłoszenia Uczestnika, należy przesłać do Oddziału Wojewódzkiego PTP, adres znajduje się na stronie: <http://www.ptp.nal.pl/> - PTP – struktura, w terminie do dnia 10 stycznia 2016.
6. Oddziały Wojewódzkie PTP w terminie do dnia 20 stycznia 2016 roku przesyłają do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego imienną listę uczestników Konkursu.
7. Oddziały Wojewódzkie PTP są odpowiedzialne za zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia eliminacji II etapu konkursu, a także do wyłonienia trzech członków Komisji Konkursowej II etapu, w tym Przewodniczącego.
8. Eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich polegają na przeprowadzeniu testu z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej oraz działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.
9. Komisja Konkursowa, w dniu eliminacji, otrzymuje zalakowaną kopertę z wydrukowanymi testami wraz z kluczem do ich sprawdzenia.
10. W eliminacjach II etapu może uczestniczyć jako obserwator przedstawiciel organizatora Konkursu z ZG PTP lub Koła Liderów.
11. Z przebiegu II Etapu Konkursu zostaje sporządzony protokół w dwóch egzemplarzach, przekazywany do organizatorów konkursu.
12. Wyniki II Etapu Konkursu - są ogłaszane w dniu eliminacji.
13. Nie przewiduje się podawania do publicznej wiadomości punktacji z II etapu konkursu, uzyskanej przez poszczególnych uczestników.
14. Do III etapu Konkursu przechodzi osoba z największą liczbą uzyskanych punktów w eliminacjach wojewódzkich. W przypadku uzyskania tej samej liczby punktów przez więcej niż jedną osobę do finału Konkursu przechodzą wszystkie osoby, które uzyskały taką samą liczbę punktów.
15. Temat III etapu konkursu – prezentacji projektu ogłasza przewodniczący Komisji Konkursowej po zakończeniu eliminacji wojewódzkich.
16. Termin i miejsce III etapu konkursu oraz jego temat ogłoszone będą w Komunikacie Nr 2.
17. Koszty przejazdu i pobytu uczestnika III etapu pokrywają Oddziały Wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakłady pracy.
18. Eliminacje krajowe - III etap konkursu, polega na wystąpieniu uczestników i przedstawieniu prezentacji multimedialnej przed Główną Komisją Konkursową powoływaną przez Zarząd Główny PTP
19. Z przebiegu III etapu Główna Komisja Konkursowa sporządza protokół w dwóch egzemplarzach, i przekazuje do organizatorów konkursu.
20. Wyniki III etapu konkursu ogłasza Przewodniczący Głównej Komisji Konkursowej na uroczystej Galii Finałowej.
21. Laureat Konkursu otrzymuje puchar przechodni „Pielęgniarka Roku”, ufundowany przez ZG PTP.
22. Informacje dotyczące Konkursu będą zamieszczane na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego: www.ptp.nal.pl.

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego
Konkursu Pielęgniarka Roku 2015
Dr n.med. Maria Cisek

Szanowni Państwo!

Zarząd PTPAiO Oddział Śląski pragnie poinformować Państwa o XVIII Konferencji Naukowo-Szkoleniowej, która odbędzie się w dniach 27-29.05.2016r. w Szczyrku, w Hotelu Meta przy ul. Skośnej 4.

Tematem naszej konferencji jest:
**„Pielęgniarstwo anestezyjologiczne
i intensywna opieka -wczoraj i dziś,
w Polsce, w Europie i na świecie”.**

Serdecznie zapraszamy do czynnego udziału w konferencji, do nadsyłania oraz do zaprezentowania swoich prac podczas naszego wyjazdowego spotkania.

Termin składania prac: 31 marca 2016r.

- Telefony kontaktowe: 731 985 749; 692 865 352
- Koszt udziału 1 osoby to 600,00 zł /dotyczy osób nie będących członkami PTPAiO Oddział Śląski
- Ostateczny termin wpłaty - 20.05.2016r.
- Liczba miejsc jest ograniczona.
- Opłatę za uczestnictwo prosimy przelać na konto Oddziału Śląskiego PTPAiO:

**PKO BP o/Katowice
54 1020 2498 0000 8402 0154 0780**

**Z Okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia
składamy na Państwa ręce życzenia zdrowia,
powodzenia w życiu prywatnym oraz wielu
sukcesów w Nowym 2016 Roku!
Z wyrazami szacunku
Zarząd PTPAiO Oddział Śląski.**


GRATULACJE!

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie składam serdeczne
gratulacje

wraz z życzeniami pomyślności i sukcesów
zarówno w pracy zawodowej jak i w życiu
osobistym z okazji wyboru:

Pani Joannie Gawron

na stanowisko Pielęgniarki Naczelnej w SP ZOZ
Lubliniec

Barbara Płaza
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

GODZINY PRACY BIURA

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 8 ⁰⁰ -15 ³⁰	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 ³⁰ -15 ⁰⁰ , czw-pt 7 ³⁰ -16 ³⁰	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-pt 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰	p. 405
Skarbnik	Środa 12 ⁰⁰ -17 ⁰⁰ , Piątek 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	p. 406
Radca Prawny	pn 8 ³⁰ -9 ³⁰ i śr 14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPiP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

Podziękowania

*Najlepsze życzenia, to marzeń spełnienia.
Bo cóż piękniejszego, niż właśnie marzenia...?
Wiek emerytalny po to jest nam dany,
By realizować niespełnione plany.
Więc nie ma co patrzeć na swą kartę zdrowia,
Tylko łykać życie i się delektować.
Brać wszystko co jeszcze do wzięcia zostało
Póki posłuszeństwa nie odmówi ciało.*



Pani Alinie Śliwa

*w związku z zakończeniem pracy zawodowej
i zasłużonym odejściem na emeryturę,
z podziękowaniami za długoletnią, sumienną
i pełną poświęceń pracę, codzienny trud,
i życzliwość. Wyjątkowe oddanie, rzetelność,
cierpliwość, którym zawsze wyróżniała się
w pracy.*

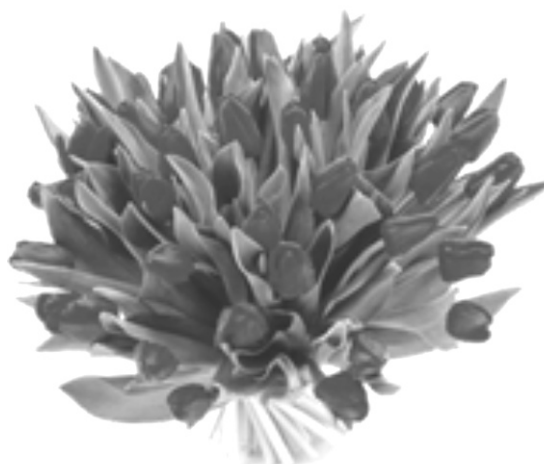
*Życzenia radości
i dobrego zdrowia na dalsze lata
składają*

*Pielęgniarki i Położne Zespołu Opieki
Zdrowotnej w Myszkowie*

oraz

*Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.*

PODZIĘKOWANIE



*Najszczerze wyrazy wdzięczności, serdeczne
podziękowania*

dla Siostry Walerii Postek

*Dyrektora Domu Pomocy Społecznej pw. św.
Antoniego w Częstochowie,
za wieloletnią pracę mającą na celu dobro
mieszkańców i Pracowników, za zaangażowanie,
profesjonalizm i całkowite oddanie się sprawom
Domu.*

*Za wzorowe sprawowanie nie tylko funkcji
Dyrektora, Pielęgniarki lecz nade wszystko za
bycie Przyjacielem, który poświęca siebie, służy
pomocą, uśmiechem, dobrą radą i wsparciem.*

*W związku z przejściem do innej Siostrzanej
placówki, życzymy Ci Czcigodna Siostrzo Walerio,
abyś wśród poznanych tam ludzi, napelniona
Darami Ducha Świętego, Bożymi
Błogosławieństwami, promieniała radością,
rozświecała tam miłość i dobroć. Obiecujemy
pielęgnować to dobro, które nam pozostawiłaś,
aby w przyszłości wydało ono plon obfity.
Wdzięczni Pracownicy DPS.*

BiRaKo®
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

Częstochowa
ul. Kościuszki 13 p.28
pn-pt, godz. 8⁰⁰ - 16⁰⁰

DRUKI MEDYCZNE
ARTYKUŁY BIUROWE
KUPONY REKUS

*„Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności,
która nas obezwładnia i zabiera w nieznane.
A kiedy pojawia się kradnąc ukochaną osobę,
przeszywa bólem i odznacza w nim swoje piętno,
które przypomina nam stale jacy jesteśmy wobec niej bezsilni”*

Pani Lidii Kucharskiej

wyrazy szczerego i najgłębszego współczucia
z powodu śmierci

Taty

składają Pracownicy Przychodni Lekarskiej
„SANUS” w Częstochowie

oraz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.



*„Nie można przestać tęsknić za kimś, kogo się straciło
można tylko nauczyć się żyć z tą wielką
niekończącą się pustką w sercu.”*



Z przykrością zawiadamiamy,
iż w dniu 24 listopada 2015 roku
po długiej i ciężkiej chorobie
odeszła
Nasza Koleżanka

Jolanta Mikke

Była pielęgniarką wielkiego serca, wspaniałym
przyjacielem.

Swoją pogodą ducha, humorem i serdecznością
obdzielała nas wszystkich.

Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie zmarłej
składają

Pielęgniarki i Położne z SP ZOZ Miejskiego Szpitala
Zespolonego w Częstochowie

oraz

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Częstochowie.

Jolu jesteś i będziesz ciągle wśród nas.

W naszych sercach, w naszych myślach.

*Uwolniona od cierpienia, otulona miłością aż po
niezmierzony czas.*

POLECAMY CIĘ BOŻEJ OPIECE

*„Gdy umiera ktoś bliski, często żalujemy,
że nie zdążyliśmy mu czegoś powiedzieć,
że nie byliśmy dla niego lepsi.”*

Panu

Grzegorzowi Dziewiątkowskiemu

wyrazy szczerego i najgłębszego współczucia
z powodu śmierci

Taty

składają

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.



*„Jak trudno żegnać na zawsze kogoś,
kto jeszcze mógł być z nami.”*

Koleżance

Danieli Grajcar

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Męża

składają Pielęgniarki i Położne
Gminnego Zespołu Ośrodków Zdrowia w Poczesnej
oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.



*„Ci którzy nas puścili, nie odeszli i są nadal z nami,
są wciąż obecni, choć niewidzialni.”*

Koleżance

Jolancie Gancarek

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci

Męża

składają pielęgniarki i położne
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespolonego
w Częstochowie

oraz

Przewodnicząca i Okręgowa Rada Pielęgniarek
i Położnych w Częstochowie.

**Dziękuję za okazane współczucie oraz wyrazy otuchy po śmierci mojego
Taty Andrzeja Dziewiątkowskiego.
Podziękowania składam Wszystkim, którzy uczestniczyli w ostatniej drodze mojego Taty, a szczególnie
Przedstawicielom i Pocztowni Sztandarowemu
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.**

Grzegorz Dziewiątkowski



1

1. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

2. Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie - **Barbara Płaza**

3. Okręgowy Sąd Pielęgniarek i Położnych

4. Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych

5. Okręgowa Komisja Rewizyjna



2



3



4



5



1. XXIV Inauguracja Roku Akademickiego 2015/2016 w Akademii Polonijnej w Częstochowie - 7 listopad 2015 rok.
2. Seminarium pt. „Asertywność jako forma konstruktywnego porozumienia” Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Oddziału w Katowicach Ustroń, 13-14 listopad 2015 rok.
3. Konferencja Neonatologiczna Teatr im Adama Mickiewicza w Częstochowie Częstochowa, 16 listopad 2015 rok.