

MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Położnej - Filharmonia

**CZERWIEC 2009r**

CZĘSTOCHOWA, UL. KOPERNIKA 38



## W NUMERZE:

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki	1
Pismo z NIPiP	2
Porady prawne	3
Spotkania w NFZ	6
Szkolenia	6
Hartmann prezentuje	9
Kalendarium	11

### Prace dyplomowe:

<i>Człowiek w starszym wieku. Podstawowe aspekty pomocy w środowisku zamieszkania</i>	12
<i>Karmienie naturalne - nieocenione źródło korzyści dla zdrowia i rozwoju psychofizycznego dziecka w pierwszym roku życia</i>	14
<i>Niedokrwistość z niedoboru żelaza</i>	22

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

(Uchwała nr 5 III Okręgowego Zjazdu PiP w Cz-wie)

#### Adres Redakcji:

Siedziba Biura OIPiP w Częstochowie  
Ul. Kopernika 38  
Tel./fax 034-324-51-12, 034-361-30-18  
0-503-008-946

sekretariat@oipip.czyst.pl

www.oipip.czyst.pl

BANK PKO SA II O. w Częstochowie  
ul. Kopernika 17/19, 42-200 Częstochowa  
nr: 02124022521111000031585147  
MILLENIUM BANK  
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

#### Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

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

ISSN 1234-0049

#### Skład i druk:

„BiRaKo”

Ul. Kościuszki 13  
42-200 Częstochowa  
birako@o2.pl

Nakład 1000 szt.

# Filharmonia - 16.05.2009r



Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej w Filharmonii Częstochowskiej w dniu 16.05.2009r odbyła się uroczystość, na której wyróżniono za zasługi dla samorządu 4 osoby: Krystynę Mizerską, Tomasza Czecha, Annę Kaptacz i Danutę Kryś. Na uroczystość przybyli zaproszeni goście – prezes NIPiP Elżbieta Buczkowska, Prezydent Miasta Częstochowy, Starosta Powiatu Częstochowskiego, Posłowie na Sejm, przewodniczący OIL, dyrektorzy ZOZ-ów. Uroczystość połączona była z występami kabaretów.



*Szanowna Pani Prezes,  
Szanowny Panie Prezydencie,  
Szanowni Parlamentarzyści,  
Wielce Szanowni Goście  
Ale przede wszystkim drogie Koleżanki i Koledzy*

*Spotkaliśmy się tutaj, aby uczcić dwa bardzo ważne dla naszych zawodów dni.  
8 maja – Krajowy Dzień Położnej – rocznica urodzin Stanisławy Leszczyńskiej  
12 maja – Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki – rocznica urodzin Florencji Nightingale*

*Z Okazji Święta Pielęgniarek i Położnych chciałabym życzyć Wam koleżanki i koledzy satysfakcji z drogi życiowej jaką wybraлиście, spełnienia aspiracji zawodowych, zadowolenia, radości, wytrwałości w dążeniu do celu, a przede wszystkim zdrowia, dobrego samopoczucia i wiary w lepsze jutro.*

*Zawód Pielęgniarki i Położnej to najszlachetniejszy zawód, najbardziej uczciwy i rzetelny, zawód cieszący się ogromnym zaufaniem społecznym. W rankingu ogłoszonym przez gazetę „Polityka” w 2006r. zawód pielęgniarki znalazł się na II miejscu wśród zawodów cieszących się największym zaufaniem i tak pozostaje do dziś.*

*Pielęgniarki i Położne są postrzegane przez społeczeństwo jako osoby posiadające ogromne serce, wrażliwe, otwarte, przedsiębiorcze, zaradne, mające charakter, mądrość i wiedzę, są dobrze wykształcone, znają swoje prawa i obowiązki, są życzliwe, ofiarne, gotowe zawsze nieść pomoc potrzebującym.*

*Mimo skandalicznie niskich zarobków z uśmiechem na ustach i spoconym czołem pracują z poświęceniem dla dobra podopiecznych. Zawsze można zobaczyć pielęgniarkę czy położną, która przytula dziecko, głaszcze po rękę chorego człowieka, pochyla się nad potrzebującym i dodaje otuchy rodzinie umierającego.*

*Trzeba pamiętać również, że pielęgniarki czy położne to także, kobiety, matki, żony, gospodynie domowe aktywnie działają w organizacjach społecznych służą społeczeństwu, uczestniczą w różnych formach doskonalenia zawodowego.*

*Życzę, więc Państwu aby Nasze Władze dostrzegały częściej, że system opieki zdrowotnej nie może funkcjonować bez pielęgniarek i położnych, że Pielęgniarka i Położna powinna być traktowana jak partner z zespołem interpersonalnym, że wreszcie powinna godnie zarabiać, a nie biegać z zakładu do zakładu.*

*Jeszcze życzę Państwu i sobie aby przygotowany przez Ministra Zdrowia projekt Ustawy o samorządzie, który zakłada likwidację 29 Okręgowych Izb w tym również naszej Izby, szybko znalazł się w koszu. ■*

*Życzę  
Wszystkiego Najlepszego!!!*

PREZYDENT MIASTA CZĘSTOCHOWY  
dr inż. Tadeusz Wrona

„Z drobiazgów życiowych,  
czynionych na co dzień,  
powstaje wielkie serce”  
Kard. S. Wyszyński

Częstochowa, 2009.05.16

Pani  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca  
Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie

Szanowna Pani Przewodnicząca,  
Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej

składam na Pani ręce dla wszystkich pielęgniarek i położnych serdeczne podziękowania za trud i codzienną pracę.

Pragnę wyrazić swoje wielkie uznanie za ofiarność i poświęcenie w wypełnianiu przyjętych na siebie trudnych i odpowiedzialnych obowiązków.

Wasza praca, której powołaniem jest pomoc chorym i niesienie ulgi cierpiącym zasługuje na wielki szacunek i wdzięczność całego społeczeństwa.

Życzę abyście mogły podejmować codzienną pracę z przyjemnością a nie tylko z poczucia obowiązku.

Za to wielkie zaangażowanie w pracę na rzecz najbardziej potrzebujących serdecznie dziękuję życząc kolejnych sukcesów zawodowych oraz wszelkiej pomyślności w życiu osobistym. ■

Tadeusz Wrona



Jadwiga Wiśniewska  
Pości na Sejm RP

Częstochowa, 16 maja 2009 r.

Pani  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie

Serdecznie dziękuję za zaproszenie na uroczystość Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej.

Zawód pielęgniarki i położnej jest powołaniem, które wynika z potrzeby serca. Wymaga wyjątkowych predyspozycji, wrażliwości na cierpienie, umiejętności współczucia, pocieszania. Często to pielęgniarka jest najważniejszą osobą towarzyszącą i wspomagającą chorego w jego zmaganiach z cierpieniem.

Z okazji Dnia Pielęgniarki i Położnej życzę Państwu podejmującym to piękne, a równocześnie trudne powołanie satysfakcji z wykonywanej pracy, szacunku przełożonych i wdzięczności pacjentów.

W tym szczególnym dniu pragnę wyrazić pielęgniarkom, położnym i pielęgniarzom, wyrazy najszczerzego uznania dla pełnej zaangażowania pracy na rzecz drugiego człowieka: **„trzeba podtrzymywać za wszelką cenę piękną polską tradycję, działalność lekarza czy pielęgniarki traktować nie tylko jako zawód, ale takie, a może przede wszystkim jako powołanie”** (Jon Paweł II). ■

z wyrazami szacunku  
Jadwiga Wiśniewska  
Poseł na Sejm RP

Szanowne Koleżanki i Koledzy!

## Z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarek składam najszczerze życzenia wszystkiego najlepszego !!!

“Pielęgniarki dbają o jakość, służą społeczeństwu: są liderami we wprowadzaniu innowacji w opiece zdrowotnej” ■

Z pozdrowieniami  
Dorota Kilańska  
Przewodnicząca  
Polskie Towarzystwo  
Pielęgniarskie Zarząd Główny

Bp Stefan Regmunt  
biskup zielonogórsko-gorzowski  
Zielona Góra, 8 maja 2009r.

Szanowna Pani Przewodnicząca,

pragnę na Pani ręce, przesłać wszystkim Paniom Pielęgniarkom i Położnym serdeczne życzenia z okazji, obchodzonego w dniu 12 maja, Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Położnej.

Dzień ten przywołuje na pamięć wiele wspaniałych Pielęgniarek i Położnych, składających swym życiem piękne świadectwo miłości i troski o drugiego człowieka. Wśród nich pragnę wymienić: Florence Nightingale - "Dagę z lampą", twórczynię nowoczesnego pielęgniarstwa, kobietę oddaną służbie innym, a także Matkę Teresę z Kalkuty, świętą naszych czasów, która niezwykle wytrwale i pokornie pochylała się nad cierpiącymi, nazywając siebie jedynie „zwykłym ołówkiem w ręku Boga”.

Przywołując imiona tych nieprzeciętnych Kobiet, a także pamiętając o tylu innych wspaniałych osobach posługujących chorym, życzę, aby również polskie Pielęgniarki i Położne na wzór „Damy z lampą” obdarowywały wszystkich, którym służą ciepłem i dobrem, czyniąc to z determinacją i wrażliwością na miarę świętej Misjonarki Miłości z Kalkuty.

Panu Bogu polecam w modlitwie całe środowisko Pań Pielęgniarek i Położnych, wyprasząc potrzebne dary i łaski na piękną choć trudną misję służby bliźniemu. ■

Z pasterskim  
błogosławieństwem,  
+ Stefan Regmunt  
Przewodniczący  
Zespołu KEP  
ds.. Duszpasterstwa  
Służby Zdrowia

Szanowna Pani Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca  
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych  
ul. Kopernika 38  
42-200 CZĘSTOCHOWA



## Pismo z NIPiP

MINISTERSTWO ZDROWIA  
Podsekretarz Stanu Marek Haber

Pani  
Elżbieta Buczkowska  
Prezes  
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

W nawiązaniu do pisma znak: NIPiP/NRPIP/DS/32.'IW. z dnia 13 marca 2009 roku. zawierającego w załączeniu Stanowisko Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 26

lutego 2009r., w sprawie zbadania Zarządzenia Nr 1052008,DSOZ Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna oraz zarządzenia nr 12/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna. Departament Pielęgniarek i Położnych przekazuje następujące informacje.  
Zgodnie z art. 163 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.



o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych {Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027. z późn. zm.) Minister Zdrowia bada uchwały przyjmowane przez Radę Funduszu oraz decyzje podejmowane przez Prezesa Funduszu i stwierdza nieważność uchwały lub decyzji, w całości lub w części, w przypadku gdy:

- narusza ona prawo, lub
- prowadzi do niewłaściwego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, lub
- prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów Funduszu.

Mając na uwadze powyższe informuje, że w prowadzonym postępowaniu wyjaśniającym w sprawie badania zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 105/2008'DSOZ z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna nie stwierdzono, aby zachodziła którakolwiek z ww. przesłanek warunkujących stwierdzenie nieważności zarządzenia wydanego przez Prezesa Funduszu.

Równocześnie uprzejmie informuję, że zarządzenie nr 12/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 lutego 2009 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, jest aktualnie badane przez. Ministra Zdrowia w

trybie i na zasadach określonych w art. 163 ust. 2 ww. ustawy. Proponowane zmiany zawarte w ww. zarządzeniu zostaną poddane szczegółowej analizie i ocenie pod względem merytorycznym i prawnym, co pozwoli stwierdzić zasadność proponowanych zmian, których odrzucenia zdecydowanie oczekuje środowisko pielęgniarek i położnych.

Jednocześnie uprzejmie nadmieniam, że na spotkaniu w dniu 7 kwietnia 2009r.. Pani Minister. Ewa Kopacz zobowiązała przedstawicieli środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych oraz Związków Zawodowych Pielęgniarek i Położnych do przygotowania propozycji w zakresie świadczeń pielęgniarstwa poz finansowanej metodą zadaniową. Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia, jako płatnik przedmiotowych świadczeń, został zobligowany do określenia i przedstawienia wymogów dotyczących finansowania świadczeń pielęgniarstwa poz metodą zadaniową.

Mając na uwadze realizację powyższych postanowień Pani Minister zaplanowała kolejne spotkanie na dzień 29 kwietnia 2009 roku. Celem tego spotkania będzie wypracowanie jednolitego stanowiska i uzyskania porozumienia między Ministrem Zdrowia. Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia oraz stroną reprezentującą, środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych.

z poważaniem  
Marek Haber

## Porady prawne



Przedruk z Gazety Podatkowej nr 39 z dnia 14.05.2009r

### Dodatkowa płatna opieka pielęgniarska

Senat na posiedzeniu w dniu 7 maja 2009 r. przyjął bez poprawek ustawę - Przepisy wprowadzające ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o akredytacji w ochronie zdrowia oraz ustawę o konsultantach w ochronie zdrowia.

W ustawie tej znalazły się również zmiany do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej. **Umożliwią one pielęgniarkom (położnym) zawarcie umowy cywilnoprawnej z chorym, osobą bliską lub opiekunem prawnym na wykonywanie dodatkowej opieki pielęgnacyjnej.**

Kwestię za jakie usługi i na jakich zasadach ma płacić pacjent reguluje ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Za dodatkową opieką będzie uznawana opieka, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu. Oznacza to, że pielęgniarka poza godzinami pracy będzie mogła odpłatnie opiekować się pacjentem i wykonywać takie czynności jak np. mycie, pomoc w karmieniu, ścielenie łóżka chorego. Ustawa ta przewiduje również, że cennik za wykonywanie dodatkowych usług pielęgniarstwa będzie ustalany przez kierowników poszczególnych placówek ochrony zdrowia. Informacja o wysokości opłaty będzie jawna i udostępniana w lokalu opieki zdrowotnej.

Ustawa generalnie ma wejść w życie po upływie 14 dni od ogłoszenia. ■

Przedruk z Gazety Podatkowej nr 34 z dnia 27.05.2009r

### Nie tylko okres zatrudnienia wlicza się do stażu pracy

**Przepisy prawa pracy bardzo często odwołują się do okresu zatrudnienia, uzależniając od niego prawo do różnych świadczeń ze stosunku pracy. Okres zatrudnienia, popularnie nazywany stażem pracy, jest bardzo ważną przesłanką nabycia uprawnień pracowniczych. Zalicza się do niego nie tylko czas faktycznie świadczonej pracy, ale również tzw. okresy zaliczalne, które pod pewnymi warunkami traktowane są na równi z okresem zatrudnienia.**

#### Dłuższa nauka, dłuższy urlop

Okres pobierania nauki to jeden z najbardziej znanych okresów zaliczalnych. Jednak nie we wszystkich przypadkach będzie on brany pod uwagę. Trzeba zaznaczyć, że w prawie pracy okresy zaliczanie są uwzględniane na różnych zasadach, w zależności od tego, dla jakiego świadczenia wymagany jest określony staż pracy. W przypadku ustalania wymiaru urlopu wypoczynkowego uwzględniany jest m.in. okres nauki, który w sposób znaczący wpływa na podwyższenie tego wymiaru. Podstawą prawną zaliczenia okresu nauki do stażu pracy, od którego zależy wymiar urlopu, jest art. 155 § 1 Kodeksu pracy (Dz. U. z 1998 r. nr 21, poz. 94 ze zm.).

#### UWAGA!

**W razie nakładania się okresów nauki i zatrudnienia, do okresu pracy, od którego zależy wymiar urlopu, wlicza się bądź okres zatrudnienia, bądź okres nauki, zależnie od tego, co jest korzystniejsze dla pracownika.**

Co ważne, okresów nauki nie można sumować. Przy ustalaniu stażu urlopowego bierze się pod uwagę tylko okres ostatniego ukończonej szkoły. W przypadku podjęcia dodatkowego (równoległego z podstawowym) zatrudnienia, okres pierwszej pracy wlicza się w zakresie od jej rozpoczęcia do dnia poprzedzającego nawiązanie kolejnego stosunku pracy. W ten sam sposób postępuje się w przypadku podjęcia więcej niż jednego dodatkowego zatrudnienia (art. 154' § 2 K.p.).

### Zasiłek i stypendium nie obniżą stażu

Okresy aktywności zawodowej często przeplatane są okresami pozostawania bez pracy. W wielu wypadkach jest to następstwem redukcji zatrudnienia z przyczyn nieleżących po stronie pracownika. Z tych względów okresy bezrobocia, w których wypłacano zasiłek dla bezrobotnych lub stypendium z tytułu odbywania stażu, generalnie podlegają zaliczeniu do stażu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze. Od tej zasady są jednak wyjątki. Wprowadza je art. 79 ustawy z dnia 20 kwietnia 2004 r. o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy (Dz. U. z 2008 r. nr 69, poz. 415 ze zm.). Zgodnie z tym przepisem, okresy wspomnianego zasiłku i stypendium podlegają zaliczeniu do stażu pracy, jednak nie w zakresie ustalania:

- okresów wymaganych do nabycia prawa i długości okresu pobierania zasiłku dla bezrobotnych,
- okresu zatrudnienia, od którego zależy nabycie samego prawa do urlopu wypoczynkowego (nie jego wymiaru),
- stażu pracy określonego w odrębnych przepisach, wymaganego do wykonywania niektórych zawodów.

Zasiłek dla bezrobotnych i stypendium nie w każdym przypadku będą więc brane pod uwagę przy ustalaniu stażu pracy. Decyduje o tym przepis odrębny, w tym wypadku ustawa o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy. Jest tak w każdym przypadku uwzględniania danego okresu zaliczalnemu do stażu pracy. O warunkach jego zaliczenia rozstrzyga określony przepis odrębny, na podstawie którego następuje uwzględnienie konkretnego okresu zaliczalnemu.

### Praca na roli, wojsko i inne okresy

Czas nauki i pobierania zasiłku dla bezrobotnych to nie jedyne okresy zaliczalne. Należą do nich również m.in. okresy pełnienia zasadniczej służby wojskowej oraz pracy w gospodarstwie rolnym. Podlegają one zaliczeniu do stażu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze na podstawie przepisów:

- ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. z 2004 r. nr 241, poz. 2416 ze zm.),
- ustawy z dnia 20 lipca 1990 r. o wliczaniu okresów pracy w indywidualnym gospodarstwie rolnym do pracowniczego stażu pracy (Dz. U. nr 54, poz. 310).

Wymienione ustawy, wprowadzając zaliczenie okresów pracy na roli i służby wojskowej do okresu zatrudnienia, jednocześnie określają warunki, na jakich następuje to zaliczenie. Przykładowo można wskazać, że praca na roli nie jest uwzględniana przy ustalaniu prawa do urlopu wypoczynkowego. W pozostałym zakresie zaś tylko w granicach czasowych określonych w ustawie.

Wśród mniej znanych okresów zaliczalnych możemy ponadto wymienić okresy pozostawania bez pracy, za które przyznano odszkodowanie (art. 51 § 2 K.p.) oraz okres służby zastępczej na warunkach określonych w ustawie z dnia 28 listopada 2003 r. o służbie zastępczej (Dz. U. nr 223, poz. 2217 ze zm.). Zaliczeniu podlega też okres pracy nakładczej na zasadach określonych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 31 grudnia 1975 r. w sprawie uprawnień pracowniczych osób

wykonyjących pracę nakładczą (Dz. U. z 1976 r. nr 3, poz. 19 ze zm.), niektóre z urlopów bezpłatnych (np. udzielone na podstawie art. 1741 i art. 205 § 4 K.p.) oraz urlop wychowawczy.

### Prowadząc firmę tracisz na stażu

Trzeba pamiętać, że okres wykonywania działalności gospodarczej co do zasady nie podlega zaliczeniu do okresu zatrudnienia, od którego zależą uprawnienia pracownicze. Korzystniejsze zasady w tym zakresie mogą przewidywać przepisy zakładowe. Takie pozytywne dla pracownika rozwiązania są jednak bardzo rzadko spotykane. Osoba prowadząca przednio własną działalność gospodarczą musi więc być przygotowana na to, że okres ten nie będzie brany pod uwagę w razie ustalania uprawnień pracowniczych. Podobnie będzie w przypadku zatrudnienia na podstawie umowy cywilnoprawnej. Okres takiego zatrudnienia generalnie nie liczy się do stażu pracy. ■

Agata Barczewska

Przedruk z Gazety Podatkowej nr 34 z dnia 27.05.2009r

## Czy należy powiadomić pracodawcę o przyznaniu prawa do emerytury?

**W ubiegłym roku, po osiągnięciu 56. roku życia i 39 lat pracy ustalono mi prawo do emerytury. Wyплаты nie podjęto, bowiem nie rozwiązałam stosunku pracy. Czy teraz, gdy powstały możliwości pobierania świadczenia i kontynuowania pracy, powinnam powiadomić pracodawcę o złożeniu wniosku o wypłatę emerytury?**

**Tak.** Mimo braku wyraźnie zdefiniowanego obowiązku powiadomienia pracodawcy o uzyskaniu prawa do świadczeń emerytalno-rentowych, przemawiają za tym inne względy. Od 8 stycznia br. nie obowiązuje już art. 103 ust. 2a ustawy z dnia 17 grudnia 1998 r. o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. nr 39, poz. 353 ze zm.), zwanej ustawą emerytalną. Stanowił on o zawieszaniu emerytur bez względu na wysokość przychodu uzyskiwanego z tytułu kontynuowania zatrudnienia u ostatniego pracodawcy. Zatem ZUS zobowiązany jest do podjęcia wypłaty przyznanej emerytury. Oczywiście o ile przychód z tytułu wymienionego zatrudnienia nie przekroczy określonej kwoty (130% przeciętnego wynagrodzenia), powodującej konieczność zawieszenia świadczenia. Aktualnie kwota ta wynosi 4.025,60 zł miesięcznie.

Zaniechanie powiadomienia pracodawcy o pobieraniu emerytury uniemożliwi mu realizację niektórych obowiązków nie tylko wobec ZUS, ale i wobec pracownika-emeryta. Pracodawca jest bowiem m.in. zobowiązany do **informowania ZUS o wysokości przychodów uzyskiwanych przez świadczeniobiorców**, którzy nie ukończyli jeszcze podstawowego wieku emerytalnego (tj. 60 lat dla kobiet i 65 lat dla mężczyzn). Stanowi o tym art. 127 ust. 2 ustawy emerytalnej oraz § 5 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 22 lipca 1992 r. w sprawie szczegółowych zasad zawieszania lub zmniejszania emerytury lub renty (Dz. U. nr 58, poz. 290 ze zm.).

Ponadto podczas ustalania **uprawnień do świadczeń z funduszu socjalnego** pracodawca musi uwzględniać sytuację życiową, rodzinną i materialną pracownika. Wynika to



z art. 8 ustawy z dnia 4 marca 1994 r. o zakładowym funduszu świadczeń socjalnych (Dz. U. z 1996 r. nr 70, poz. 335 ze zm.). W rezultacie pracodawca, bez swojej winy, może nie wykonać wymionych obowiązków i spotkać się z negatywną reakcją ZUS, a w drugim przypadku - związku zawodowego lub inspekcji pracy. ■

Odpowiedzi udzielił:  
Bożena Dziuba i Bogdan Majkowski

Przedruk z Gazety Podatkowej nr 35 z dnia 30.04.2009r

## Nowe zatrudnienie na starych warunkach

**Przejęcie zakładu pracy na nowego pracodawcę pociąga za sobą zasadnicze zmiany organizacyjno-prawne zarówno dla podmiotu przejmowanego jak i przejmującego. Co do zasady, zmiany te nie powinny dotyczyć pracownika, który przechodzi do nowego pracodawcy z całą sytuacją prawną związaną z jego dotychczasowym zatrudnieniem. Dotyczy to nie tylko umowy o pracę, ale również takich spraw jak m.in. szkolenia bhp czy badania profilaktyczne.**

### Ze starą umową, bez świadectwa

Przejęcie zakładu pracy w całości lub w części na innego pracodawcę powoduje, że podmiot przejmujący „wchodzi” w rolę dotychczasowego pracodawcy, przejmując jego uprawnienia i obowiązki. Takie następstwo prawne przewiduje art. 23<sup>1</sup> Kodeksu pracy (Dz.U. z 1998 r. nr 21, poz. 94 ze zm.). W ten sposób nowy pracodawca staje się z mocy prawa stroną w dotychczasowych stosunkach pracy, z wyjątkiem przypadków zatrudnienia na podstawie umowy cywilnej. W takiej sytuacji zakład przejmujący jest zobowiązany zaproponować pracownikom cywilnoprawnym nowe warunki zatrudnienia oraz wyznaczyć termin (nie krótszy niż 7 dni) na ich przyjęcie bądź odrzucenie.

Natomiast co do pozostałych „etatowych” pracowników, zakład przejmujący staje się ich pracodawcą odgórnie, na mocy samego przepisu. Wynikają z tego poważne konsekwencje w zakresie kontynuowania stosunku pracy w nowym zakładzie pracy.

**Jakie dokumenty obowiązują przy przeniesieniu pracownika z jednej firmy do drugiej w trybie art. 23<sup>1</sup> K.p.? Czy w dotychczasowym zakładzie pracy należy rozwiązać umowę i wystawić świadectwo pracy, a w przejmującym podpisać z pracownikiem nową umowę?**

Przy przejściu pracownika na zasadzie art. 23<sup>1</sup> K.p. nie ma potrzeby rozwiązywania umowy o pracę z dotychczasowym pracodawcą i podpisywania nowej umowy z pracodawcą przejmującym. **Stosunek pracy przejmowanego pracownika trwa bowiem nadal, mimo zmiany po stronie pracodawcy.** Co więcej, zmiana pracodawcy w trybie art. 23<sup>1</sup> K.p. nie może być przyczyną wypowiedzenia umowy o pracę u dotychczasowego pracodawcy. Wypowiedzenie takie będzie wadliwe, chyba że wystąpiły jeszcze inne okoliczności uzasadniające wypowiedzenie.

**Dotychczasowy pracodawca nie wydaje też pracownikowi świadectwa pracy, ponieważ stosunek pracy nie ustał.** W konsekwencji nowy pracodawca nie musi zawierać z

pracownikami przejmowanymi umów o pracę. Obowiązują go dotychczasowe umowy o pracę, które przeszły razem z pracownikami przejętego zakładu. Nowy pracodawca jest związany warunkami zatrudnienia jakie wynikają z tych umów oraz z przepisów zakładowych obowiązujących w starym zakładzie pracy. Może je jednak zmienić na zasadach ogólnych - poprzez wypowiedzenie zmieniające lub w drodze porozumienia stron, fen ostatni tryb jest szczególnie przydatny w razie zmiany warunków pracy i płacy wynikających z układu zbiorowego obowiązującego u dotychczasowego pracodawcy. Warunki zatrudnienia wynikające z tego układu wiążą pracodawcę przejmującego aż przez rok - w tym czasie może je zmienić tylko poprzez podpisanie z pracownikiem porozumienia zmieniającego.

### Teczka przechodzi razem z pracownikiem

Przyjęcie nowego pracownika wiąże się na ogół z koniecznością dokonania wielu formalności. Dotyczą one m.in. obowiązku skierowania go na badania wstępne i przeprowadzenia szkolenia z zakresu bhp. Pracownika trzeba też zapoznać z obowiązującymi w zakładzie pracy regulaminami i innymi przepisami zakładowymi oraz założyć i prowadzić dla niego teczkę osobową.

**Czy pracodawca przejmujący jest zobowiązany tworzyć nową teczkę osobową przejętego pracownika? Ponadto, czy należy skierować takiego pracownika na badania wstępne i przeszkolić z zakresu bhp?**

Teczka osobowa przejętego pracownika przechodzi razem z nim do nowego pracodawcy. Obowiązek jej przekazania do nowego zakładu pracy wynika wprost z § 9 rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 28 maja 1996 r. w sprawie zakresu prowadzenia przez pracodawców dokumentacji w sprawach związanych ze stosunkiem pracy oraz sposobu prowadzenia akt osobowych pracownika (Dz. U. nr 62, poz. 286 ze zm.). Na jego podstawie pracodawca przejmujący pracownika w trybie art. 23<sup>1</sup> K.p. lub w ramach następstwa prawnego przewidzianego w odrębnych przepisach, przekazuje akta osobowe i mną dokumentację związaną ze stosunkiem pracy pracodawcy przejmującemu.

**Nie trzeba więc tworzyć nowej teczki osobowej.**

Podobnie przedstawia się sprawa badań profilaktycznych pracowników oraz szkoleń z zakresu bhp. Badania wstępne należy przeprowadzić w razie przyjęcia pracownika do pracy. Jednak w przypadku przejścia pracownika w trybie art. 23<sup>1</sup> K.p. nie następuje przyjęcie do pracy, ponieważ dotychczasowe zatrudnienie trwa nadal. W takim wypadku nie ma potrzeby kierowania pracownika na badania wstępne, poza jednym wyjątkiem. **Takie badania będą wymagane, jeżeli pracownik ma wykonywać pracę na innym niż dotychczas stanowisku pracy.** Należy bowiem pamiętać, że pracodawca nie może dopuścić pracownika do pracy bez aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do pracy na określonym stanowisku. To samo dotyczy badań okresowych oraz szkoleń bhp - w przypadku przejścia pracownika na zasadzie art. 23<sup>1</sup> K.p. wystarczy dotychczasowe szkolenia i badania, chyba że pracownik podejmuje pracę na nowym stanowisku. Przejętego pracownika należy natomiast zapoznać z obowiązującymi u nowego pracodawcy przepisami zakładowymi. ■

Agata Barczewska



### Notatka ze spotkania w ŚOW NFZ w dniu 19 maja 2009r.

W dniu 19.05.2009r. w ŚOW NFZ odbyło się spotkanie dotyczące aktualnej sytuacji pielęgniarek rodzinnych, realizujących świadczenia w zakresie POZ.

W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele ŚOW NFZ :

- Dorota Suchy - Dyrektor d/s ekonomicznych
- Marcin Pakulski - Dyrektor d/s medycznych
- Aleksander Brzęska - Naczelnik Wydziału Kontraktowania POZ
- Bożena Gil - Kierownik Działu POZ
- Krzysztof Lasko - Radca Prawny

oraz przedstawiciele samorządu pielęgniarek i położnych :

- Halina Synakiewicz - Przewodnicząca OIPIP w Częstochowie
- Mariola Bartusek - Przewodnicząca OIPIP w Katowicach
- Małgorzata Szwed - Przewodnicząca OIPIP w Bielsku Białej
- Bożena Wilczek - Przedstawiciel OIPIP w Katowicach
- Maria Frąckowiak - Przedstawiciel OIPIP w Katowicach
- Bernardeta Tetlak - Przedstawiciel OIPIP w Bielsku Białej
- Danuta Łoniewska - Przedstawiciel OIPIP w Częstochowie

Pani Dyrektor d/s ekonomicznych określiła sytuację finansową jako złą ,ze względu na bardzo dużą ilość nadwykonań, w każdym zakresie świadczeń sytuacja jest podobna .

Wszystkie oddziały NFZ są zobligowane do zachowania dyscypliny budżetowej , a wszelkie zmiany planu finansowego wymagają zgody centrali. Ze względu na to , że zatrudnienie pielęgniarek rodzinnych lawinowo rośnie , a świadczenia te nie są limitowane finansowanie świadczeń w tym zakresie przekracza plan finansowy oddziału.

To spowodowało podjęcie decyzji o wstrzymaniu rozpatrywania wniosków nowych podmiotów oraz wniosków podmiotów już istniejących a dotyczących włączenia dodatkowego personelu do realizacji świadczeń z zakresu - świadczenia pielęgniarki poz finansowane wg metody zadaniowej.

Podjęta decyzja będzie utrzymana w mocy do czasu zmiany planu finansowego.

Naczelnik Wydziału Kontraktowania POZ poinformował , że na terenie woj.śląskiego 63 podmioty realizują świadczenia pielęgniarki POZ wg metody zadaniowej , zatrudniając ogółem (w przeliczeniu na etaty) 930 pielęgniarek , w tym 8 podmiotów zatrudnia powyżej 20 pielęgniarek , a 2 podmioty powyżej 100 pielęgniarek. Z tej liczby 4 podmioty realizują zadania wg zadaniowej formy finansowania w obrębie działania OIPIP w Częstochowie. W realizacji świadczeń

pielęgniarki poz finansowanych wg metody kapitacyjnej nic nie uległo zmianie.

Odpowiedź na to , jakie zmiany nastąpią w obecnym systemie przyniesie druga połowa 2009r., bowiem zmiana planu finansowego spowoduje alokację środków , regulację nadwykonań i szczegółową analizę istniejącej sytuacji.

30 czerwca wygasają umowy , które do końca bieżącego roku zostaną aneksowane i należy już skupić się na pracach nad materiałami szczegółowymi do podpisywania umów na rok 2010.

Dyrektor d/s medycznych stwierdził , że w żadnym kraju nie ma systemu , który zapewniałby dostępność do wszystkich świadczeń , bez istnienia ograniczeń i kolejek oczekujących. Ekspansywny przyrost podmiotów realizujących świadczenia w zakresie pielęgniarki poz musi być zatrzymany , sytuacja ustabilizowana z przywróconą kontrolą merytoryczną , bowiem ilość świadczeń może być nieograniczona , natomiast finanse są wyliczalne i ograniczone.

Kierownik Działu POZ - na zadane pytanie dotyczące sposobu rozwiązania trudnej sytuacji domów pomocy społecznej , wypowiedziała się , że DPS jest miejscem pobytu i zamieszkania podopiecznych , w związku z tym muszą mieć zapewnione świadczenia przez podstawową opiekę medyczną.

Omówiono również problemy lokalne dotyczące nasze środowisko zawodowe.

W ramach prowadzonej dyskusji Przewodnicząca OIPIP w Katowicach wyraziła opinię o tym , że forma zadaniowa pielęgniarki POZ wspomaga formę kapitacyjną , pozwala na utrzymanie wysokiego poziomu jakości opieki nad pacjentem i całe środowisko pielęgniarskie powinno dbać o podtrzymanie idei pielęgniarstwa środowiskowego .

Przewodnicząca OIPIP w Częstochowie przedstawiła sygnalizowane przez środowisko zawodowe położnych trudności dotyczące realizacji zadań przez położną POZ , szczególnie zasad przeprowadzania wizyt domowych i form opieki nad kobietą w okresie połogu i po operacjach ginekologicznych . Ponadto zaapelowała , aby w spotkaniach organizowanych w ŚOW NFZ zapewnione było uczestnictwo przedstawicieli 3 OIPIP, działających w obrębie województwa śląskiego, aby głos całego środowiska pielęgniarek i położnych był słyszalny co pozwoli na pełniejszą analizę naszych problemów. ■

Halina Synakiewicz  
Danuta Łoniewska



## Szkolenia

Warszawa, 20 kwietnia 2009 r.

Pani  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani,

Uprzejmie informujemy, że Krajowe Centrum ds. AIDS, agenda Ministerstwa Zdrowia, oraz Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae” wznawiają w 2009 roku cykl specjalistycznych szkoleń adresowanych do pracowników medycznych w zakresie problematyki HIV/AIDS. W programie

uwzględniono zagadnienia dotyczące ekspozycji zawodowej na HIV i postępowania poekspozycyjnego.

Szkolenia o tej tematyce dla różnych grup zawodowych realizujemy od 2000 r. Cieszą się one niezmiennie ogromnym zainteresowaniem, dlatego po raz kolejny podejmujemy się ich organizacji.

Zwracamy się do Pani z uprzejmą prośbą o pomoc w rozpowszechnieniu powyższych informacji wśród znajdujących się na Państwa terenie placówek służby zdrowia. W naszej tegorocznej ofercie znajdują się 4-dniowe szkolenia dla kadry pielęgniarskiej w terminach:

25 - 28 maja 2009 r.

1 - 4 września 2009 r.

7 - 10 września 2009 r.





Szkolenia odbywają się w podwarszawskiej miejscowości uzdrowiskowej **Konstancin-Jeziorna. Odpłatność za udział w szkoleniu wynosi 170 zł.** Organizator zapewnia w ramach opłaty zakwaterowanie w pokojach 2- i 3-osobowych z łazienką, całodzienne wyżywienie. Uczestnik pokrywa koszty dojazdu we własnym zakresie.

Wykładowcami szkoleń są najwyższej klasy profesjonalści, doskonale znający zagadnienia zarówno w aspekcie teoretycznym, jak i dysponujący dużym doświadczeniem w bezpośredniej pracy z osobami żyjącymi z HIV/AIDS oraz z osobami uzależnionymi.

Wszyscy uczestnicy otrzymają zaświadczenie potwierdzające ukończenie specjalistycznego kursu.

Osoby zainteresowane udziałem w szkoleniach, prosimy o przesłanie na adres Fundacji załączonej **karty zgłoszenia na szkolenie, oświadczenia w sprawie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych, informacji o odbiorcy rachunku** (dla osób, które życzą sobie wystawienia rachunku) oraz kserokopii wpłaty na konto (z zaznaczeniem nazwiska osoby, za którą wnoszona jest wpłata i terminem szkolenia):

Polska Fundacja Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”,  
PKO BP S.A. IX O/Warszawa

Nr 42 1020 1097 0000 7402 0103 5096

Zwrotu wpłaty dokonujemy wyłącznie wtedy, jeżeli rezygnacja z udziału w szkoleniu nastąpi najpóźniej 4 dni przed rozpoczęciem szkolenia.

**O zakwalifikowaniu decyduje kolejność zgłoszeń.**

Zgłoszenia prosimy kierować do:

Polskiej Fundacji Pomocy Humanitarnej „Res Humanae”

00-672 Warszawa, ul. Piękna 64 A

tel./fax : ( 0 - prefix 22 ) 626 86 59, 626 86 60, 626 86 61

e-mail: reshumanae@neostrada.pl

www.reshumanae.neostrada.pl

Poniedziałek - piątek, godz. 11.00 - 16.00

Serdecznie zapraszamy do udziału.

\*Uprzejmie informujemy, że druki zgłoszeń do udziału w szkoleniach dostępne są na stronie internetowej Fundacji:

www.reshumanae.neostrada.pl

## **BLOKI TEMATYCZNE SZKOLENIA DLA PRACOWNIKÓW MEDYCZNYCH W ZAKRESIE HIV/AIDS**

### **EPIDEMIOLOGIA**

Epidemiologia HIV/AIDS w Polsce i na świecie.

### **WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA**

Programy i dokumenty międzynarodowe w kontekście epidemii HIV/AIDS :

- Strategia UNAIDS,
- Polityka Komisji Europejskiej
- Deklaracje międzynarodowe w kontekście HN/AIDS

### **PRZEDSTAWIENIE HARMONOGRAMU REALIZACJI KRAJOWEGO PROGRAMU ZWALCZANIA AIDS I ZAPOBIEGANIA ZAKAŻENIOM HIV OPRACOWANEGO NA LATA 2007-2011**

### **IV. ASPEKTY MEDYCZNE:**

Diagnostyka zakażeń HIV. Rola i znaczenie testów w kierunku HIV. Naturalny przebieg zakażenia HIV a psychologiczne fazy infekcji HIV.

HIV/AIDS i zdrowie psychiczne.

Ekspozycja zawodowa na HIV. Postępowanie poekspozycyjne. Infekcje przenoszone drogą płciową z uwzględnieniem WZW B i WZW C

Możliwości leczenia HIV/AIDS

Zakażenia HIV u kobiet.

Zasady procedur leczniczych zmniejszających ryzyko zakażeń z matki na dziecko.

Opieka ginekologiczna nad kobietami zakażonymi.

Związek pomiędzy uzależnieniem i zakażeniem HIV.

Systemy leczenia osób uzależnionych i zakażonych HIV/AIDS.

Przedstawienie najważniejszych problemów w opiece nad pacjentem zakażonym wirusem HIV oraz pacjentką w ciąży, podczas porodu i połogu

### **PUNKTY KONSULTACYJNO- DIAGNOSTYCZNE**

Przedstawienie analizy ankiet z punktów anonimowego i bezpłatnego testowania połączonego z poradnictwem

### **ASPEKTY PSYCHOSPOŁECZNE**

Lęk i stereotypy oraz ich wpływ na zachowanie się ludzi w świecie z HIV i AIDS ze wskazaniem na szczególnie istotne obszary z punktu widzenia profilaktyki, zapobiegania, realizacji praw człowieka i praw ludzi chorych oraz żyjących z HIV i AIDS. Przedstawienie idei anonimowego i bezpłatnego testowania połączonego z poradnictwem oraz doświadczeń z dotychczasowych działań w tym zakresie

Reakcja na sytuację związaną z ryzykiem zakażenia HIV, sytuacją testowania, otrzymaniem wyniku testu i jego konsekwencji. Rola doradcy pracującego w punkcie konsultacyjno-diagnosticszym

### **WYBRANE ZAGADNIENIA Z SEKSUOLOGII**

Badanie własnych postaw wobec podstawowych zagadnień HIV/AIDS

Analiza rzeczywistych motywacji wpływających na ocenę sposobu zakażenia

Sytuacja kobiet w aspekcie problematyki HIV/AIDS

Reguła szacowania ryzyka w kontaktach seksualnych

Problemy seksualne osób zakażonych

Zasady stosowania antykoncepcji przez osoby żyjące z HIV

### **ZAGADNIENIA ETYCZNO-PRAWNE**

Etyczno - prawne problemy HIV/AIDS. Prawa pacjenta.

### **NARKOTYKI**

Szczegółowa klasyfikacja.

Opis działania.

Podejście niestereotypowe - środki psychoaktywne legalne i dopalacze

Harm reduction, ustawy.

Praca I umiejętności postępowania z osobą eksperymentującą z narkotykami.

Budowanie planu pomocy dziecku, rodzinie

### **SPOTKANIE Z RZECZYWISTOŚCIĄ**

## **Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Problemy dermatologiczne w pielęgniarstwie i kosmetologii**

25-27.09.2009

Szanowni Państwo

W imieniu Komitetu Organizacyjnego mamy zaszczyt zaprosić Państwa do udziału w Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej "Problemy dermatologiczne w pielęgniarstwie



i kosmetologii", która odbędzie się w dniach 25-27 września 2009 roku, w Łomży.

Skóra jest największym i jednym z najważniejszych organów naszego organizmu. Choroby dotyczące tego narządu stanowią problem nie tylko dla pacjenta i jego rodziny, ale także dla pielęgniarek sprawujących przy pacjentach codzienne czynności pielęgnacyjno-diagnostyczno-terapeutyczne. W zachowaniu zdrowej skóry i zapobieganiu jej chorobom bardzo dużą rolę odgrywa odpowiednia higiena, nad przestrzeganiem której czuwają przede wszystkim pielęgniarki

Drugim aspektem Konferencji będzie przybliżenie uczestnikom trendów współczesnej kosmetologii. Już Owidiusz powiedział, iż „Piękność nie wszystkim jest dana z łaski niebios z bogów ręki. Wiele kobiet musi sztucznie potęgować swoje wdzięki. Najpiękniejsza z kobiet gaśnie, jeśli zabiegów nie czyni dokoła swej toalety, choćby miała czar Bogini”. W związku z powyższym będziemy starali się pokazać Uczestnikom, iż nowocześnie pojmowana kosmetologia, czerpiąc wiedzę z wielu dziedzin nauki, zwłaszcza dermatologii, z ajmuje się przede wszystkim zdrowiem człowieka w powiązaniu z wyglądem zewnętrznym, kondycją skóry i procesem jej starzenia. Nie zapomina jednak o szeroko pojętej profilaktyce zdrowotnej i promowaniu, zdrowego stylu życia.

Serdecznie zapraszamy

## ORGANIZATOR KONFERENCJI

Instytut Medyczny PWSiIP w Łomży, ul. Akademicka 14, 18-400 Łomża tel.(86) 215-59-53, fax (86) 215-66-01 e-mail: konferencjaderm.pwsip@op.pl

## TEMATYKA KONFERENCJI

- Jakość życia związana ze zdrowiem
- Psychodermatologia
- Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobami skóry
- Choroby przenoszone drogą płciową
- Oddziaływanie środowiska na skórę i zdrowie człowieka
- Trendy współczesnej kosmetologii
- Dermatologia estetyczna
- Sesja studenckich Kół Naukowych

## FORMA UPOWSZECHNIENIA WYNIKÓW KONFERENCJI

- Materiały zjazdowe w formie zeszytu streszczeń (w ramach wpisowego) Wydrukowanie pełnych wersji prac w monografii zwartej „Problemy dermatologiczne w pielęgniarstwie i kosmetologii”, ISBN 978-83-60571-08-8, (koszt wydruku jednej pracy 50 zł)
- Wydrukowanie prac w Dermatologii Praktycznej (zgodnie z regulaminem drukowania)

## OPŁATA ZA UCZESTNICTWO

do 30.07.2009 r. po 30.07.2009 r.

Uczestnik 250 zł

300 zł

Studenci

(czynny udział - prezentacja pracy) 180 zł/200 zł

Opłaty prosimy uiszczać na następujące konto:

46 1930 1640 2006 6400 3267 0001

z dopiskiem „Dermatologia”

## WAŻNE TERMINY

do 30 czerwca 2009 r. - zgłoszenie uczestnictwa, nadesłanie streszczenia i

pełnej wersji pracy

• do 30 lipca 2009 r. - niższa opłata za uczestnictwo

SZCZEGÓŁOWE INFORMACJE NA STRONIE INTERNETOWEJ

[www.pwsip.edu.pl/konferencjaderm](http://www.pwsip.edu.pl/konferencjaderm)

## Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu Urząd Marszałkowski Województwa Opolskiego IV Ogólnopolskie Sympozjum Naukowo-Szkoleniowe „WYBRANE ASPEKTY LECZENIA I OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD CHORYMI W RÓŻNYCH SPECJALNOŚCIACH MEDYCYNY”

OPOLE, 27 czerwca 2009 roku

## PROGRAM SYMPOZJUM

- 8:00-9:00 Rejestracja uczestników  
9:00-9:10 Otwarcie Sympozjum. (Aula przy Rektoracie)  
Powitanie Uczestników przez Jego Magnificencję prof. dr hab. n. med. Andrzeja Steciwko Rektora PMWSZ w Opolu  
9:10-9:30 „Poród niesłyszącej” - Paulina Żurek /Oddział Patologii Ciąży z Blokiem Porodowym S S Z O Z nad Matką i Dzieckiem w Opolu/  
9:30-9:50 „Bólepleców w okresie ciąży i połogu-doniesienia naukowe” mgr Gabriela Elias, dr Tomasz Sipko, mgr Dominika Grygier /Instytut Fizjoterapii PMWSZ w Opolu/  
10:00-12:30 Uroczystość obchodów 5 - lecia PMWSZ w Opolu i otwarcia nowej auli NOWA AULA)  
12:30-13:00 LUNCH  
13:00-13:20 „Rola położnej w zapobieganiu urazom okołoporodowym” - Sylwia Szarwark /Instytut Położnictwa PMWSZ w Opolu/  
13:20-13:40 „Rola rodziców w przygotowaniu do porodu” - mgr Dorota Kudaś /Oddział Patologii Ciąży z Blokiem Porodowym SP. ZOZ nad Matką i Dzieckiem w Opolu/  
13:40-14:00 „Toksyczność alkoholu, tytoniu, narkotyków w okresie płodowym” - mgr Iwona Łuczak, mgr Danuta Żurawicka, mgr Małgorzata Zimnowoda /Instytut Położnictwa PMWSZ w Opolu/  
14:00-14:20 „Otyłość dzieci i młodzieży -problem XXI wieku” - Anna Smolarczyk /Brzeskie Centrum Medyczne/  
14:20-14:40 „Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem dializowanym w zależności od okresu dializoterapii” Dorota Chalastra /Centrum Dializ w Raciborzu/  
14:40-15:00 PRZERWA  
15:00-15:20 „Nadciśnienie tętnicze - profilaktyka, terapia, powikłania ze szczególnym uwzględnieniem nefropatii nadciśnieniowej w oparciu o badania własne” - Anna Szynol /SP ZOZ Kędzierzyn - Koźle/  
15:20-15:40 „Centralne dostępy żyłne” - Iwona Stelmarszczyk /SKN Instytutu Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu/  
15:40-16:00 „Stres psychologiczny oraz urazy bojowe żołnierzy Wojska Polskiego pełniących służbę poza granicami kraju” - Kamilla Trusz /X Brygada Logistyczna w Opolu/



- 16:00 - 16:20 „ Wypalenie zawodowe i próba oceny wybranych problemów dotyczących pracowników medycznych w szpitalach Opola”- Bogumiła Leśniewska-Dziembek /Oddział Intensywnej Terapii Dziecięcej WCM Opole/  
 16:20 - 16:40 „ Agresja w pracy pielęgniarek- analiza badań własnych ” - mgr Teresa Niechwiadowicz - Czajka /Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu/  
 16:40 - 17:00 „Agresja wobec dzieci w rodzinach z problemem alkoholowym. Przeciwdziałanie przemocy” mgr Mariola Wojtał, Agnieszka Popławska /Instytut Pielęgniarstwa PMWSZ w Opolu/  
 17:00 - 17:15 DYSKUSJA I ZAKOŃCZENIE SYMPOZJUM

### Miejsce sympozjum:

Sala Audytoryjna przy Rektoracie Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu  
 ul.. Katowicka 68,45-060 Opole tel. 111144 23 524  
 tel. kom.0604295004; e-mail: mariola30@onet.eu tel. kom. 0662302054; e-mail: dzurawicka@o2.pl  
 Adres strony internetowej PMWSZ w Opolu:  
 www.wsm.opole.pl

### Udział w sympozjum jest bezpłatny

Rejestracja Uczestników w dniu sympozjum w godz. 8.00 - 9.00 lub drogą elektroniczną na adres: mariola30@onet.eu  
 Uczestnicy otrzymają materiały konferencyjne oraz certyfikaty z punktami edukacyjnymi

## Hartmann prezentuje



### Leczenie ran

Pielęgniarka, to obok zawodu lekarza, profesja ciesząca się ogromnym zaufaniem społecznym, dlatego pacjenci chętnie opowiadają o problemach związanych ze zdrowiem własnym, bądź bliskich im osób, oczekując kompetentnej porady, lub choćby wskazówki. Jednym z takich dylematów są rany. Zarówno, te proste, jak skaleczenia, otarcia, jak i te bardziej skomplikowane, jak odleżyny, czy owrzodzenia. Życie chorego z ranami, szczególnie z przewlekłymi, które nie goją się miesiącami, a czasem i latami, uświadamia nam szereg trudności, które wymagają przezwyciężenia. Potrzebna jest przede wszystkim edukacja personelu medycznego, oświata zdrowotna oraz propagowanie w społeczeństwie zasad profilaktyki. Ponieważ każda rana stanowi istotny problem w praktyce medycznej bardzo ważny odpowiedni dobór opatrunku. I tutaj powinniśmy zastanowić się, co kryje się pod samym pojęciem „rana”.

Terminem „**rana** - vulnus” można określić przerwanie ciągłości tkanek w wyniku uszkodzenia. Uszkodzenie to może być zamierzone – np. w wyniku cięcia chirurgicznego, ale też przypadkowe – wpływ urazu lub choroby. Są różne klasyfikacje ran, ale dla nas istotny jest czynnik wywołujący: mechaniczny – urazowy (są to rany: klute, cięte, tłuczone, rąbane, miażdżone, szarpane, kąsane, postrzałowe), termiczny (oparzenia, odmrożenia), chemiczny i owrzodzenia. Rodzaj, rozległość, a także głębokość rany decyduje o sposobie ich leczenia. Inaczej zaopatrzymy otarcie naskórka, ranę powierzchowną, a dobór właściwego opatrunku w przypadku rany głębokiej wymaga od nas wiedzy i zaangażowania.

**Otarcie naskórka** exoratio powstaje najczęściej wskutek działania na skórę twardego, tępego narzędzia, upadku lub uderzenia o twarde chropowate podłoże; uszkodzeniu ulega tylko powierzchowna warstwa skóry. Często bywa lekceważone, przez co może być przyczyną zakażeń i innych powikłań. Postępowanie: Ranę należy przemyć środkiem antyseptycznym, następnie zaopatrzyć jałowym opatrunkiem.

Opatrunki polecane:

- kompresy gazowe i włókninowe (np. **Sterilux**<sup>®</sup>, **Medicomp**<sup>®</sup>)
- plastry i przylepce (np. **Dermaplat**<sup>®</sup>, **Omnifilm**<sup>®</sup>, **Omnisilk**<sup>®</sup>, **Opmnipor**<sup>®</sup>)
- kompresy chłonne złożone (np. **Zetuvt**<sup>®</sup>, **Cosmopor**<sup>®</sup>**steril**)
- kompresy maściowe (np. **Grassolid**<sup>®</sup>**neutral**, **Atraumn**<sup>®</sup>, **Atrauman**<sup>®</sup>**Ag**, **Hydrotul**<sup>®</sup>)

Zastosowanie kompresów gazowych i chłonnych pomoże zabezpieczyć w sposób jałowy lukę powstałą na skórze w skutek przerwania ciągłości tkanki. Ale co się dzieje, jeżeli pozostawimy taki kompres na ranie... nasiąknięty krwią, wydzielną z rany przyschnie i możemy mieć problem z jego usunięciem. Zerwanie spowoduje uszkodzenie tworzącej się ziarniny i będzie bolesne, a w efekcie wydłuży proces gojenia i spowoduje, że blizny będą większe i bardziej widoczne. Położenie bezpośrednio na ranę kompresów maściowych spowoduje, że będzie się ona goiła równomiernie, a zdjęcie kompresów gazowych, włókninowych, czy chłonnych, które kładziemy na kompresy maściowe, tak aby pochłaniały wydzielinę z rany, będzie bezbolesne i nie zakłóci procesu epitalizacji naskórka.

**Oparzenia** to uszkodzenie tkanek spowodowane działaniem czynników termicznych, chemicznych lub prądu elektrycznego. Rozległość oparzenia cieplnego zależy od wysokości działającej temperatury oraz czasu trwania ekspozycji na ciepło. W wyniku oparzenia dochodzi do denaturacji białka, obrzęku rany, utraty płynu wewnątrznaczyniowego. Ogólnoustrojowe skutki oparzenia takie jak wstrząs hipowolemiczny, uszkodzenie układu oddechowego oraz zakażenia stanowią bezpośrednie zagrożenia życia. Postępowanie i leczenie zależy głównie od stopnia oparzenia, jego lokalizacji i rozległości.

**I Stopień** – obejmuje tylko naskórek, przejawia się zaczerwienieniem wynikającym z przekrwienia w tkance podskórnej i małymi zmianami mikroskopowymi. Ból jest głównym objawem i zazwyczaj ustępuje po 48 – 72 godz., a gojenie przebiega bez powikłań. Po 5 – 10 dniach uszkodzony naskórek złuszcza się małymi płatami, nie pozostawiając blizny. Postępowanie: oparzone miejsce należy jak najszybciej odizolować od czynnika parzącego i natychmiast schładzać zimną wodą przez 15-20 minut. Skracamy w ten sposób czas przegrzania, co w konsekwencji zmniejsza głębokość oparzenia. Nie należy stosować spirytusu, tłuszczu. Jeżeli po 2 godzinach od oparzeniach utrzymuje się gorączka oraz ból należy zgłosić się do lekarza, aby złagodzić dolegliwości bólowe można przyjąć środki przeciwbólowe, a oparzoną powierzchnię skóry zaopatrzyć jałowym opatrunkiem.

Opatrunki: można polecić tutaj:

- kompresy maściowe (np. **Grassolid**<sup>®</sup>**neutral**, **Atrauman**<sup>®</sup>, **Atrauman**<sup>®</sup>**Ag**, **Hydrotul**<sup>®</sup>),
- opatrunki hydrożelowe (np. **Hydrosob**<sup>®</sup>, **Hydrosorb**<sup>®</sup>**comfort**)

**II Stopień** – obejmuje całą grubość naskórka i część skóry właściwej. W tych przypadkach pojawiają się na powierzchni oparzonej pęcherze i zaczerwienienie. Im głębsze jest oparzenie, tym częściej pojawiają się pęcherze, a ich rozmiary powiększają się bezpośrednio po urazie.

**IIa** – powierzchowne oparzenia, zazwyczaj goją się w ciągu 14 – 21 dni, pozostawiając przebarwienia, niewielkie blizny, jeśli rany nie uległy zakażeniu.

**IIb** – są to głębokie oparzenia, skóra może być bładawa lub różowa, czy nawet żywoczerwona, jest intensywnie bolesna samoistnie i przy dotyku. Oparzenia IIb mogą zagoić się samoistnie w ciągu 21 – 35 dni. Pokrywają się one naskórkiem, który powstaje z nie uszkodzonych, głębokich przydatków skórnych, jak np. gruczołów potowych i mieszków włosowych. Po tego typu oparzeniu pozostają rozległe blizny.

Postępowanie: podobne jak w oparzeniu I°, nie należy nakłuwać, przecinać samodzielnie pęcherzy, konieczna jest konsultacja lekarska.

**III Stopień** – występuje twarda skórzasta powierzchnia o zabarwieniu brązowym, brązowym, białozółtym lub nawet czerwonym. Rana jest zazwyczaj niebolesna przy dotyku, ponieważ cała grubość skóry właściwej, zawierająca receptory bólowe, uległa zniszczeniu. Tkanka jest martwa.

Postępowanie: w razie podejrzenia ciężkiego oparzenia, należy zabezpieczyć oparzenie za pomocą jałowego opatrunku i jak najszybciej udać się z poszkodowanym do szpitala (także w przypadku oparzenia obejmujące o powyżej 10 % u dorosłego i 5 % powierzchni ciała u dziecka, albo gdy oparzenie dotyczy twarzy, dłoni, stóp lub genitaliów). Bardzo ważne jest zabezpieczenie oparzonego przed wychłodzeniem. Postępowanie miejscowe polega zwykle na chirurgicznym oczyszczeniu ran z martwiczych tkanek i następnym leczeniu przede wszystkim preparatami o działaniu przeciwbakteryjnym (np. opatrunkiem ze srebrem **Atrauman Ag**).

**IV Stopień** – zniszczenia sięgają i obejmują mięśnie, ścięgna, kości i inne struktury anatomiczne, zlokalizowane pod zwęgloną zazwyczaj skórą.

Postępowanie: jak w przypadku oparzeń III stopnia, należy bezwzględnie udać się do szpitala.

Leczenie oparzeń powyżej II stopnia powinno odbywać się ściśle pod kontrolą lekarza

Opatrunki: jakie mogą być zastosowane w celu przyspieszenia gojenia, atrawmatyzacji rany oparzeniowej i zapobieganiu lub zwalczaniu jej zakażenia:

- kompresy maściowe (np. **Grassolid® neutral, Atrauman®, Atrauman® Ag, Hydrotul®**),
- opatrunki hydrożelowe (np. **Hydrosob®, Hydrosorb® comfort**)
- opatrunki alginianowe (np. **Sorbalgn®**)
- opatrunki hydrokoloidowe (np. **Hydrocol®, Hydrocoll®Thin, Hydrocoll®concave, Hydrocoll®sacral**),
- opatrunki złożone (np. **TenderWt®, TenderWet® 24**)

**Rany przewlekłe**, takie jak owrzodzenia odleżynowe, stopa cukrzycowa czy owrzodzenia podudzia, coraz częściej stają się istotnym problemem w praktyce medycznej. Przedłużające się gojenie i trudne metody zaopatrywania tych ran oraz związane z nimi cierpienie pacjentów, stanowią duże wyzwanie zarówno dla personelu pielęgniarskiego jak i lekarskiego. Dysponując szeroką ofertą opatrunków jesteśmy w stanie zapewnić odpowiednie warunki gojenia się ran. Bardzo ważne jest jednak odpowiedzialne, poparte wiedzą, dobieranie opatrunków do stanu, w jakim znajduje się rana.

Opatrunki jakie możemy wykorzystać:

- kompresy gazowe i włókninowe (np. **Sterilix®, Medi-comp®**)
- kompresy chłonne złożone (np. **Zetuvt®, Cosmopor® steril**)
- kompresy maściowe (np. **Grassolid® neutral, Atrauman®, Atrauman® Ag, Hydrotul®**),
- opatrunki hydrożelowe (np. **Hydrosob®, Hydrosorb® comfort**)
- opatrunki alginianowe (np. **Sorbalgn®**)
- opatrunki hydrokoloidowe (np. **Hydrocol®, Hydrocoll®Thin, Hydrocoll®concave, Hydrocoll®sacral**),
- opatrunki złożone (np. **TenderWt®, TenderWet® 24**)

W przypadku, gdy mają za zadanie zabezpieczyć ranę przed zabrudzeniem i wchłaniać niewielką ilość wydzieliny, jak ma to miejsce w przypadku otarć i innych, powierzchownych, gojących się bez powikłań ran, nie ma większego znaczenia, jakiego rodzaju opatrunek zastosujemy. Ważne, aby był czysty. Problemy pojawiają się wtedy, gdy mamy do czynienia z ranami powikłanymi, lub też przewlekłymi. W takich przypadkach istotne staje się nie tylko to, jaki rodzaj opatrunku zastosujemy, ale także, na jakim etapie leczenia. Coraz większe grono fachowców opowiada się za doбором opatrunku, do fazy gojenia, w jakiej się aktualnie znajduje rana. Wobec różnorodności ran i stanów gojenia jest zrozumiałe, że jeden opatrunek nie może sprostać wszystkim wymogom terapeutycznym. Wyróżniamy dwie podstawowe grupy opatrunków: „tradycyjne” (np. gaza) oraz „specjalistyczne”, lub jak wolą inni „nowoczesne”:

- kompresy gazowe i włókninowe (np. **Sterilix®, Medicomp®**) zalecane w tzw. metodzie suchego zaopatrywania ran,
- kompresy chłonne złożone (np. **Zetuvt®, Cosmopor® steril**) charakteryzują się zwiększoną chłonnością, pozwalają na swobodną wymianę gazową, posiadają bezpieczną dla tkanek warstwę kontaktową,
- kompresy maściowe (np. **Grassolid® neutral, Atrauman®, Atrauman® Ag, Hydrotul®**), są jedną z bardzo przydatnych i co ważne przystępnych cenowo grupą opatrunków, które pacjent może nabyć bez recepty. Ich wspólną cechą jest siatka nośna zaimpregnowana maścią, Opatrunki te nie przyklejają się do rany, chronią przed jej wysychaniem, zapobiegają kurczeniu się blizny. Zapewniają dobrą wentylację i utlenienie rany. Polecane dla ran lekko lub umiarkowanie sączących - jako opatrunek pierwotny. Przepuszczają wydzielinę rany do opatrunku wtórnego. Można je stosować we wszystkich fazach gojenia, także w chirurgii plastycznej i kosmetycznej, po zabiegach usunięcia paznokci, operacji stulejki. Opatrunki te można ciąć i dzielić, wy zmieniamy je w ranie co 1-2 dni, wymagają zabezpieczenia gazikiem lub kompresem.

Szersze zastosowanie ma opatrunek **Atrauman® Ag** – ponieważ w jego strukturę wbudowane jest srebro metaliczne, które ma działanie bakteriobójcze (zarówno na bakterie Gram dodatnie jak i Gram ujemne, a także szczepy MRSA) i grzybobójcze. Może pozostawać na ranie do 7 dni. Opatrunki ze srebrem zalecane są przez Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran (EWMA) do miejscowego leczenia ran z cechami infekcji lub w profilaktyce zakażeń u chorych z grup ryzyka,

- opatrunki hydrożelowe (np. **Hydrosob®, Hydrosorb® comfort, Hydrosorb® Gel**), są to opatrunki które dzięki dużej zawartości wody w swojej strukturze, już od momentu nałożenia na ranę stwarzają wilgotne środowisko. Stymulują budowę nowej tkanki oraz tworzenie się i migrację komórek naskórka. Zatrzymują drobnoustroje w strukturze żelu, zapobiegając zakażeniom wtórnym. Chronią ziarninę oraz świeżo utworzony naskórek przed urazami mechanicznymi. Są przezroczyste, co pozwala na kontrolę stanu rany w dowolnym



momencie, bez konieczności zmiany opatrunku, a siatka rastrowa na ich powierzchni ułatwia prowadzenie dokumentacji procesu gojenia. Dzięki możliwości zastosowania dłuższych odstępów czasowych między zmianami opatrunku (do 7 dni) zwiększa się stabilizacja procesu gojenia, a terapia z użyciem tych opatrunków jest bardzo opłacalna. Zmiany opatrunku są bezbolesne. **Hydrosorb® comfort** - jest dodatkowo wyposażony w obwodowo rozmieszczoną folię samoprzylepną, ułatwiającą jego mocowanie na skórze.

**Hydrosorb® Gel** - przezroczysty hydrożel, który natychmiast po wprowadzeniu do rany, tworzy w niej wilgotne środowisko. Rozmiękcza suchą tkankę martwiczą i ułatwia jej usunięcie. Minimalizuje ból podczas zmiany opatrunku. Dozownik w formie strzykawki z podwójną podziałką, umożliwiającą bardzo dokładny odczyt zarówno ilości oddanej do rany, jak i pozostałej w strzykawce, zapewnia precyzyjne dozowanie żelu oraz ułatwia prowadzenie dokumentacji rany. Dzięki możliwości całkowitego wyciśnięcia zawartości strzykawki, wykorzystanie żelu jest bardzo ekonomiczne.

- opatrunki alginianowe (np. **Sorbalgn®**) w zetknięciu z wydobywającą się z rany wydzieliną, włókna opatrunku przekształcają się w wilgotny żel, stwarzający korzystny dla procesu gojenia wilgotny mikroklimat. Opatrunek szybko wchłania wydzielinę i zawarte w niej drobnoustroje, zamykając je w strukturze żelu - jest więc odpowiedni dla ran zakażonych. Daje się łatwo tamponować. W przypadku ran głębokich i szczelinowych doskonale przylega do leczonej powierzchni. Zapewnia bardzo skuteczne oczyszczanie. Nie przywiera do rany, zmiany opatrunku są bezbolesne. Opatrunek dostępny jest w formie kompresu o różnych rozmiarach oraz jako tamponady w taśmie.

- opatrunki hydrokoloidowe (np. **Hydrocol®**, **Hydrocoll® Thin**, **Hydrocoll® concave**, **Hydrocoll® sacral**) do zaopatrywania nie objętych zakażeniem ran ostrych i przewlekłych, znajdujących się w fazie ziarninowania, z wysiękiem umiarkowanym lub lekkim. Zmiany opatrunku są

całkowicie bezurazowe i bezbolesne. Warstwa wierzchnia stanowi barierę dla bakterii, brudu i wilgoci, pacjent może brać prysznic w nałożonym opatrunku. Opatrunki te mają różne kształty dostosowane do okolic, dla których opatrzenia są przeznaczone np. okolice kości krzyżowej, łokcie i pięty. Opatrunki te dobieramy zawsze tak, aby pokrywały całą ranę i margines ok. 1 -1,5cm zdrowej skóry wokół niej.

- opatrunki złożone (np. **TenderWet®**, **TenderWet® 24**)

**TenderWet®** i **TenderWet® 24** są to opatrunki z **supera- bsoorbentem w warstwie wewnętrznej i zewnętrznej siateczką z poliuretanu**. Podstawą działania tych opatrunków jest ciągłe „przepłukiwanie” rany, umożliwia to zmiękczenie i odwarstwienie się tkanki martwiczej od zdrowego podłoża. Jednocześnie wydzielina z rany wraz ze znajdującymi się w niej szczątkami martwych komórek i drobnoustrojami zostaje wchłonięta i bezpiecznie zamknięta w warstwie chłonnej opatrunku. W ten sposób zarazki tracą podłoże do rozwoju.. Wymagają aktywacji **Roztworem TenderWet** (roztwór izotoniczny, o takim samym składzie chemicznym, jak roztwór Ringera dostępny w ampułkach poliuretanowych o pojemności 15 ml.). Opatrunek zmieniamy co 12 godzin w przypadku opatrunku **TenderWet®** i co 24 w przypadku stosowania opatrunku **TenderWet® 24**. **Opatrunku tego nie można w żaden sposób dzielić czy też rozcinać.**

Rany są dolegliwością jak wiele innych, a lekami na nie są opatrunki, których znajomość jest ważna w równym stopniu jak znajomość chemicznych środków farmakologicznych. Zamieszczone tutaj informacje mają na celu przybliżenie i zainteresowanie problematyką dotyczącą prawidłowego zaopatrzenia ran.

Zapraszamy do odwiedzenia naszej witryny internetowej: [www.hartmann.pl](http://www.hartmann.pl)

Autor: Monika Stasińska

## Kalendarium



### KALENDARIUM

od 30.04.2009 roku do 29.05.2009 roku

**07.05.09** W siedzibie OIPIP odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat "Pierwsza pomoc w stanach zagrożeniach życia", w szkoleniu uczestniczyło 10 osób.

**11.05.09** Przewodnicząca ORPIP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego NRPIP w Warszawie.

**11.05.09** Sekretarz ORPIP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Egzaminacyjnej po odbytych przeszkoleniu po przerwie w wykonywaniu zawodu.

**12-13.05.09** Przewodnicząca ORPIP została delegowana przez NRPIP do udziału w Międzynarodowej Konferencji Pielęgniarek i Położnych pt „Wizerunek Pielęgniarki i Położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim”.

**13.05.09** W siedzibie OIPIP odbył się kolejny Cykl Warsztatów Edukacyjnych dla Położnych i Pielęgniarek zorganizowany przez Family Service "PELARGOS" tematami szkolenia było: „Profesjonalny masaż małego dziecka” „Rola pielęgniarek

i położnych środowiskowych w rekomendacji i realizacji programu szczepień ochronnych w Polsce” „Feminatil – dlaczego Metafolin i DHA”. W szkoleniu udział wzięło 20 osób.

**14.05.09** W siedzibie OIPIP odbyło się szkolenie na temat "Konflikty, mediacje negocjacje", prowadzący: Pan Mateusz Warchał Inspektor Państwowej Inspekcji Pracy w Katowicach. W szkoleniu udział wzięło 20 osób.

**16.05.09** W Filharmonii Częstochowskiej odbyły uroczyste obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej. W uroczystości uczestniczyli zaproszeni goście, członkowie Samorządu Pielęgniarek i Położnych, przedstawiciele firm: Mead Johnson Nutrition, sklep medyczny „Marku”, Towarzystwo Ubezpieczeń INTER POLSKA, Euro Bank S.A.

**18.05.09** Przewodnicząca ORPIP uczestniczyła w konkursie na stanowisko Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie. Konkurs się nie odbył ze względów formalnych.

**19.05.09** Przewodnicząca ORPIP uczestniczyła w spotkaniu z przedstawicielami NFZ oddziału Śląskiego w sprawie kontraktowania świadczeń POZ na drugie półrocze 2009 roku.



**20.05.09** W siedzibie OIPiP odbyło się nieodpłatne szkolenie na temat „Leczenie ran przewlekłych opatrunkami specjalistycznymi”. W szkoleniu udział wzięły 23 osoby.

**25.05.09** Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w konkursie na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chirurgii Ogólnej Szpitala Powiatowego w Myszkowie.

**25-26.05.09** Sekretarz ORPiP uczestniczyła w szkoleniu dla przedstawicieli Okręgowych Rad Pielęgniarek i Położnych w Warszawie

**26.05.09** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie rozpatrzone zostały cztery wnioski o udzielenie pomocy finansowej na łączną kwotę 2.300,00 zł.

**26.05.09** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad następującymi sprawami:

- rozpatrzone 12 wniosków o dofinansowanie na łączną kwotę 5.293.00 zł
- rozpatrzone wnioski o zakwalifikowanie na kształcenie dla 47 osób
- odmownie rozpatrzone trzy wnioski o zakwalifikowanie na kształcenie

**26.05.09** W Warszawie odbył się Państwowy Egzamin Specjalizacyjny z pielęgniarstwa ratunkowego. Przewodnicząca ORPiP współuczestniczyła w wyjeździe na egzamin.

**26.05.09** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w Nadzwyczajnym posiedzeniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie w sprawie ministerialnego projektu Ustawy o Samorządzie PiP.

**28.05.09** W siedzibie OIPiP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych- podjęto szesnastę uchwał. Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie postanowiło:

- dofinansować kształcenie w formie kursów i studiów dla 12 osób na kwotę 5.293.00 zł zgodnie z przedłożonymi wnioskami, pozytywnie zaopiniowanymi przez Komisję ds. Kształcenia i Dofinansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego
- udzielić pomocy finansowej dla trzech pielęgniarek na kwotę 2.300.00 zł
- zakwalifikować 47 osób na kształcenie
- nie zakwalifikowano 3 osób na kształcenie
- wpisać do rejestru OIPiP w Częstochowie: siedem Pań pielęgniarek
- skreślić z rejestru OIPiP w Częstochowie trzy Panie pielęgniarki
- wydać zaświadczenie o kwalifikacjach do wykonywania zawodu pielęgniarki dla jednej osoby. ■



## Prace dyplomowe

### „Człowiek w starszym wieku. Podstawowe aspekty pomocy w środowisku zamieszkania”

#### Problemy opieki nad seniorami.

Problemy osób w starszym wieku, samotnych, czy żyjących w rodzinach, a także problem opieki nad nimi stanowią jedno z coraz powszechniejszych i trudniejszych wyzwań dla pielęgniarzek. Na rozpowszechnienie tych problemów wskazują dane demograficzne i trendy światowe charakteryzujące dynamikę wzrostu populacji osób, które przekroczyły 60 rok życia. Należy też zdawać sobie sprawę, że świadczenia na rzecz tej populacji mają szczególnie złożony charakter. Czynniki, które mogą prowadzić do występowania problemów u ludzi starszych to:

- Fizjologiczne, postępujące z wiekiem procesy osłabienia sprawności i zdrowia, a wywołujące konieczność działań pielęgnacyjnych i terapeutycznych.
- Sytuacja opiekuńcza, oznaczająca poziom równowagi między potrzebą korzystania z pomocy innych osób, a możliwością uzyskania i faktycznie udzielaną pomocą głównie w czynnościach codziennego życia.
- Sytuacja bytowa wyznaczona przez fakt zakończenia aktywności zawodowej i pobierania emerytury oraz realną możliwość korzystania z różnych form pomocy społecznej i źródeł wsparcia materialnego
- Wymieniana przez wielu autorów sytuacja emocjonalna człowieka starszego i relacje z innymi osobami. Relacje te mogą mieć wpływ na pomoc świadczoną przez najbliższych.

#### Sytuacja zdrowotna:

Sytuacja zdrowotna rozpatrywana jest w dwóch aspektach. Pierwszy to analiza skoncentrowana na występowaniu chorób, szczególnie przewlekłych, prowadzących do utraty sprawności fizycznej np. różne choroby zwyrodnieniowe kręgosłupa, centralnego układu nerwowego lub prowadzących do utraty orientacji czasoprzestrzennej np. demencja starcza, choroba Alzheimera.

Drugi obszar to poziom sprawności w podstawowych czynnościach codziennego życia (sprzątanie, zakupy) i osobistych (ubieranie się, jedzenie).

W każdym jednak przypadku niekorzystna sytuacja zdrowotna, będąca wynikiem choroby przewlekłej czy ograniczonej sprawności życiowej, prowadzi do konieczności korzystania z pomocy innych osób, a nawet zależności od otrzymania pomocy.

#### Sytuacja opiekuńcza:

Tradycyjnie opiekę nad starszą generacją sprawują zwykle pokolenie ich dzieci. Z badań wynika, że blisko 40% osób w starszym wieku żyje w rodzinach swoich dzieci, wnuków. Nie oznacza to jednak, że otrzymują wystarczającą pomoc. Podstawą określenia rodzaju pomocy jest najczęściej ustalenie zakresu czynności codziennych, z którymi nie radzi sobie starszy człowiek i których realizacja w jakimś zakresie lub całkowicie spoczywa na rodzinie. Problem pomocy rodzinie powstaje nie w momencie pojawienia się ograniczeń w wykonywaniu czynności przez seniora, lecz wówczas gdy członkowie nie są w stanie pomóc ze względu na:

- Nieobecność w domu w określonych godzinach dnia (praca, nauka itp.)
- Brak umiejętności wykonywania danej czynności np. czynności higienicznych przy osobie leżącej, karmienie lub



jej pojenie, sprowadzania ze schodów bez zagrożenia dla siebie.

Własną niesprawność, chorobę itp.

Przy zaistnieniu tego typu problemów wsparcie i pomoc udzielaną rodzinie należy zorientować na:

Nauczenie rodziny udzielania pomocy przy wykonywaniu prostych czynności.

Zabezpieczenia wykonywania czynności jeśli to niezbędne w czasie nieobecności lub w przypadku niesprawności członków rodziny, zapewniając opiekę, podobnie jak w przypadku dla człowieka mieszkającego samotnie. W znacznym stopniu źródłem pomocy mogą być sąsiedzi, znajomi, wolontariusze albo instytucje opieki społecznej

#### **Sytuacja bytowa:**

Kłopoty bytowe sygnalizowane przez ludzi w starszym wieku są pochodną niższych niż w okresie pracy dochodów, ale przede wszystkim zwiększonych wydatków, głównie na opiekę zdrowotną. Ostatnio akceptuje się trudności wynikające z wzrastających kosztów leczenia, a szczególnie problemy z wykupieniem coraz droższych leków.

#### **Sytuacja emocjonalna:**

Konieczność korzystania z opieki i pomocy w wykonywaniu czynności codziennych życia, jak też jej udzielania przez członków rodziny, mogą prowadzić do wielu niekorzystnych dla obu stron stanów i obciążeń psychicznych. Ich przejawem mogą być zaburzone relacje emocjonalne. Mogą to być reakcje osób starszych na zmianę swego miejsca w rodzinie, na odczuwanie zależności wyrażaną agresją wobec opiekunów, chęcią podporządkowania sobie rodziny, postawą roszczeniową przekraczającą nawet aktywności mogliby sobie sami wiele pomóc.

Źródłem zaburzonych relacji mogą też być opiekunowie, gdy nie chcą lub nie mogą siebie zaakceptować w roli pomagających (praca, nauka, brak umiejętności lub siły do wykonywania czynności pielęgnacyjnych) lub też, gdy opieka obciąża emocjonalnie, ogranicza ich normalną, społecznie wymaganą aktywność. Otrzymanie i świadczenie pomocy nie przebiega bez przeszkód.

Podjęciem pracę z człowiekiem starszym i/lub z jego rodziną, pielęgniarka powinna mieć świadomość, że problemy z którymi będzie miała do czynienia nie są statyczne, nie mają charakteru trwałego. Przeciwnie, pojawiają się, mijają lub nasilają z dwu powodów: zmieniającej się kondycji opiekuńczo-pielęgnacyjnej rodziny. Współpracując z rodzinami, w których żyją seniorzy pielęgniarka powinna rozróżniać problemy człowieka starszego i problemy jego rodziny.

#### **Problemy związane z realizacją codziennych czynności:**

##### **Problemy seniora:**

Trzeba mieć świadomość, że choroba wywołuje dodatkowe problemy, które dotyczą konieczności zmiany dotychczasowych zachowań i/lub nauczania się przez człowieka starzejącego nowych czynności lub nowych sposobów ich wykonywania w związku z zachodzącymi procesami starzenia. W przypadku rodziny problemy z tego zakresu obejmują. Konieczność wykonywania konkretnych czynności lub co najmniej pomoc w realizacji tych czynności, w których senior sobie nie radzi.

Dla człowieka starszego są to dwa rodzaje zmian:

I – to konieczność wykonywania czynności codziennego życia w sytuacji ograniczonej sprawności którymi są:

- czynności w zakresie samoobsługi (mycie, jedzenie, korzystanie z toalety itp.)
- czynności obejmujące higienę otoczenia (zmianę pościeli, sprzątnięcie)

- czynności związane z przygotowaniem posiłków (gotowanie, zmywanie)

- utrzymanie kontaktów z członkami rodziny (rozumienie i przekazywanie informacji, zapamiętywanie poleceń, wyrażanie własnych emocji)

- utrzymanie kontaktów poza domem (zakupy, sąsiedzi, apteka, lekarz)

II – Kategoria zmian dotyczy zachowań związanych z chorobą:

- konieczność przyjmowania leków

- przestrzeganie zalecanej terapii innej niż farmakologiczna np. okłady, ćwiczenia usprawniające, zakraplanie.

- zachowanie rygorów dietetycznych, często wbrew wieloletnim przyzwyczajeniom żywieniowym i upodobaniom seniora

- przestrzeganie (np. w leczeniu i żywieniu) konkretnych sekwencji czasowych np. przyjmowanie leków co 2 godz. itp.

Pielęgnując pracę z człowiekiem starszym w środowisku zamieszkania pielęgniarka powinna brać pod uwagę fakt, czy ma do czynienia z człowiekiem samotnie zamieszkującym czy seniorem pozostającym pod opieką rodziny. Jest to podstawowa zmienna różnicująca jej zadania.

W realizacji opieki nad człowiekiem starszym samotnym występuje dwie, dość skrajne sytuacje. Pierwsza, gdy istnieje już trudności, ale w ramach swoich możliwości i pomocy z zewnątrz senior jest w stanie w sposób bezpieczny i satysfakcjonujący poradzić sobie z nimi.

Druga, gdy senior wymaga stałej i intensywnej pomocy której pełna realizacja nie jest możliwa w warunkach opieki domowej i powinna przebiegać w warunkach instytucjonalnych.

Między nimi istnieją różne, często złożone sytuacje pośrednie. Jeśli okaże się, że człowiek jest w stanie poradzić sobie z nowym zadaniem, czynnością, samo opieką to pomoc z zewnątrz może się ograniczać do:

- sprawowania nadzoru, obserwacji czy samo opieki są wykonywane prawidłowo

- określenia momentu, od którego należy wkroczyć z dodatkowym wsparciem lub udzielić bezpośredniej pomocy.

W przypadku człowieka zamieszkującego z rodziną obserwacja jest prowadzona przez rodzinę w sposób naturalny tak też udzielana jest pomoc. W przypadku człowieka samotnego wiele z tych czynności będzie podejmowanych w ramach pomocy sąsiedzkiej, organizacji pozarządowej (Caritas), wolontariuszy, a w trudniejszych przypadkach przez różne instytucje np. dzienne domy pomocy społecznej, zakłady pielęgniarstwa lub przez domy pomocy społecznej zabezpieczające stałą opieką. Oczywiście jest że w przypadku człowieka samotnego musi być zachowana pewna granica jego bezpieczeństwa i możliwości, która pozwala na pozostawienie w jego rękach kontroli nad zalecaną zmianą lub wykonywaną czynnością. Wymaga to nadzoru i opieki z zewnątrz, aby nie został przekroczony moment, który wpłynie na zagrożenie bezpieczeństwa i nawet życia seniora. W sytuacji zamieszkania człowieka starszego z rodziną konieczność wprowadzenia nadzorowania, realizacji konkretnych czynności i zwrócenie się o pomoc z zewnątrz spoczywa w rodzinie.

##### **Problemy rodziny:**

- problemy wynikające z udzielania pomocy seniorowi w czynnościach codziennych (mycie, karmienie, intymna higiena osobista itp.) wszystkich lub tylko niektórych.

- problemy związane ze świadczeniem opieki wzmacniającej, zalecone człowiekowi starszemu przez lekarza terapię: podawanie i kontrolowanie przyjmowania leków, kontrolowanie stosowania diety, pomoc w wykonywaniu ćwiczeń i czynności usprawniających, wstrzyknięcia insuliny, pomoc przy chodzeniu, siadaniu na wózku inwalidzkim)



- problemy związane z pielęgnowaniem i ograniczeniem powikłań oraz nawrotów choroby, pielęgnacja przeciwdrobnoustrojowa, oklepywanie, smarowanie, masaże, rozdrabnianie posiłków itp.

- problemy z komunikowaniem i podtrzymaniem werbalnego i pozawerbalnego kontaktu z seniorem.

Wymienione problemy rodziny często wiąże się z:

- 1) Brakiem umiejętności i doświadczenia w wykonywaniu tych czynności
- 2) Brakiem czasu, by w odpowiednich sekwencjach czasowych wykonywać poszczególne czynności
- 3) Wynikająca z różnych uwarunkowań, wrażliwości lub awersją do wykonywania np. higieny intymnej, wstrzykiwanie insuliny

### Zakres i charakter pomocy rodzinie

- 1) Pomoc i wsparcie przy wykonywaniu czynności codziennego życia:
  - nauczenie rodziny udzielania pomocy w wykonywaniu prostych czynności
  - zabezpieczenie wykonywania niezbędnych czynności w czasie nieobecności opiekuna np. w pracy
- 2) Pomoc w terapii i przeciwdziałanie powikłaniom. Pomoc i wsparcie rodziny wymaga często profesjonalnej wiedzy i umiejętności, powinna obejmować:
  - wsparcie informacyjne, konsultacje, doradztwo, przekazywanie podstawowej wiedzy o chorobie
  - doradztwo w sprawie domowych środków leczniczych i pielęgnacyjnych (samo leczenie) tradycyjnie stosowanych w rodzinach i wyraźnie profesjonalnych przez starsze pokolenie
  - nauczenie podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych
  - przekazywanie umiejętności korzystania ze sprzętu, udogodnień i środków do pielęgnacji osoby chorej.
- 3) Pomoc rodzinie w sytuacji problemów emocjonalnych. Szczególnie trudny obszar pomocy rodzinie stanowią problemy obejmujące emocjonalne reakcje osoby starszej na fakt zależności od pomocy, jak też na starzenie się i utratę sprawności oraz emocjonalne reakcje członków rodziny, wynikające z konieczności podjęcia dodatkowych zadań.

Ujawianie problemów emocjonalnych może stanowić dla rodziny istotne wsparcie, ponieważ pozwala rozpocząć wspomaganie rodziny. Ważnymi elementami wsparcia rodziny mogą być:

- obserwacje i pomoc w artikulacji istniejącego problemu
- poszukiwanie wsparcia emocjonalnego dla seniora
- pomoc w akceptacji roli opiekuna i wsparcie emocjonalnego opiekuna
- pomoc w realizacji roli opiekuna np. wzmocnienie lub przekazanie umiejętności
- poszukiwanie szerszego wsparcia dla rodziny, w ramach którego powinna znajdować się m.in. współpraca profesjonalna, organizacje pozarządowe, lokalne grupy samopomocy, wolontariusze. ■

Bibliografia: „Rodzina – zdrowie – choroba. Koncepcje i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego” Autor: Zofia Kawczyńska- Butrym

Lempa Róża

## KARMIE NIEOCENIONE – NIEOCENIONE ŹRÓDŁO KORZYŚCI DLA ZDROWIA I ROZWOJU PSYCHOFIZYCZNEGO DZIECKA W PIERWSZYM ROKU ŻYCIA.

### 1. ANATOMIA I FIZJOLOGIA PROCESU LAKTACJI.

#### 1.1 ANATOMICZNA I MORFOLOGICZNA BUDOWA SUTKA.

SUTEK (mamma, gruczoł sutkowy – glandula mammaria) – to parzysty narząd o kształcie półkolistym lub stożkowym.

Sutki (piersi) położone są symetrycznie na przedniej ścianie klatki piersiowej. Zajmują okolice pomiędzy trzecim, a szóstym żebrzem oraz między mostkiem, a dołem pachowym. Szerokość przestrzeni między piersiami u kobiet jest indywidualnie zmienna.

Sutek zbudowany jest z ciała sutka, podskórnej tkanki łącznej i tłuszczowej oraz skóry.

Ciało sutka składa się z mięszu i podścieliska.

MIAŻSZ – jest częścią wydzielniczą sutka. Ma strukturę przewodowo – pławikowo – pęcherzykową, w której przewody i kanaliki mleczne tworzą układ podobny do drzewa. Składa się on ze stożkowych płacików w ilości od 15 do 25. Każdy płacik to oddzielny gruczoł, który jest zbudowany od 20 do 40 płacików, a każdy płacik z kolei z 10 – 100 końcowych jednostek wydzielniczych kanalikowo – pęcherzykowych. Z pęcherzyków gruczołowych wychodzą krótsze lub dłuższe kanaliki mleczne, które łączą się w przewody śródplacikowe i dalej w większe przewody międzypłacikowe, a następnie w jeden płacikowy przewód mlekonosny. Przewody mlekonosne są rozszerzone pod otoczką sutkową i tworzą małe zbiorniki mleka zwane zatokami mlecznymi. Ich szerokość to zaledwie kilka milimetrów.

BRODAWKA SUTKOWA znajduje się na środku mocniej zabarwionego pola, zwanego otoczką brodawki. Powierzchnia brodawki i otoczki sutkowej jest nieregularna i pofałdowana. Brodawka sutkowa jest zaopatrzona we włókna mięśniowe gładkie o układzie okrężnym i spiralnym. U jej podstawy włókna przechodzą w utkanie otoczki.

SKÓRA SUTKA – to cienka i elastyczna powłoka.

TĘTNICE SUTKA to gałęzie sutkowe, które odchodzą od tętnicy sutkowej wewnętrznej i tętnicy piersiowej bocznej. Gałęzie sutkowe tych tętnic biegną powierzchownie w kierunku brodawki sutkowej i tworzą wokół niej spłot naczyńniowy. Inne odgałęzienia wnikają w głąb ciała sutka i wytwarzają tam głęboki spłot naczyńniowy. Gałęzie tętnic międzyżebrowych zaopatrują dolny zewnętrzny kwadrant piersi w krew.

ŻYŁY SUTKA biegną wzdłuż odpowiadających im tętnic. Pod otoczką sutkową żyły powierzchowne tworzą obfity spłot, który niekiedy prześwituje przez cienką skórę. Głęboki spłot znajduje się w ciele sutka. Naczynia chłonne są liczne i tworzą trzy główne spłoty, które są ze sobą zespolone. Chłonka ze skóry sutka płynie do węzłów pachowych po tej samej stronie, zaś z dolnej części skóry przez spłot limfatyczny w okolicy nadbrzusza dociera do spłotów wątrobowego i brzusznego. Chłonka, która powstaje w tkankach brodawki i otoczki sutkowej płynie do podobojczykowego spłotu Sappeya. Następnie przez dwa główne naczynia limfatyczne, które





w bocznej części sutka tworzą jedno, dopływa do przednich węzłów pachowych. Głęboki odpływ chłonki z mięszu sutka następuje również w kierunku przednich węzłów pachowych, po czym dalej do środkowych węzłów pachowych. Wszystkie naczynia chłonne sutka kierują się do węzłów międzyżebrowych tylnych i mostkowych, do węzłów międzypiersiowych oraz do węzłów sutkowych wewnętrznych. Łączą się z układem naczyń limfatycznych drugiego sutka.

#### NERWY SUTKA

Na unerwienie sutka składają się autonomiczne nerwy ruchowe oraz somatyczne nerwy czuciowe, które przewodzą bodźce dotyku, zimna, ciepła i bólu.

Brodawka i otoczka sutka są bardzo dobrze unerwione w przeciwieństwie do ciała sutka.

Pozazwojowe włókna współczulne w mięszu sutka towarzyszą naczyniom krwionośnym. W obrębie piersi nie ma włókien przywspółczulnych zwojów nerwowych. Zakończenia nerwowe bardzo rzadko dochodzą do komórek wydzielniczych.

Nerwy skórne są odgałęzieniami nerwów nadobojczykowych oraz bocznych i środkowych gałęzi nerwów międzyżebrowych.

#### ZMIANY W OKRESI LAKTACJI

W początkowym okresie laktacji masa sutka osiąga przeciętnie wartość od 600 do 800 gram. Podczas całego procesu laktacji w bardzo małym stopniu dochodzi do tworzenia nowych struktur pęcherzykowych. Zwiększone zapotrzebowanie na pokarm prowadzi do lepszego wykorzystania potencjału wydzielniczego przygotowanego podczas ciąży. W momencie ustabilizowania się procesu laktacji dochodzi do stopniowego zmniejszenia się masy piersi. Główną przyczyną jest większe uzależnienie wydzielania pokarmu od jednoczesnych bodźców ssania, nie dochodzi wówczas do nadmiernego gromadzenia się mleka w pęcherzykach gruczołowych i systemie przewodów mlecznych.

#### 1.2 MECHANIZM POWSTAWANIA I NAPŁYWANIA POKARMU KOBIECEGO.

Podstawową biologiczną funkcją gruczołów piersiowych jest dostarczenie w odpowiednim czasie płynu, który jako jedyny spełnia wszystkie odżywcze potrzeby noworodka i niemowlęcia do szóstego miesiąca życia. Wydzielanie tego płynu – mleka nazywamy laktacją.

„...LAKTACJA – czynność gruczołu sutkowego (mlecznego) kobiety polegająca na wydzielaniu mleka. Jest to niezwykle złożony proces metaboliczny regulowany przez wiele hormonów i odruchów nerwowo – hormonalnych. Na wytworzenie pokarmu największy wpływ mają hormony steroidowe produkowane w łożysku oraz jajnikach, a także prolaktyna i oksytocyna wydzielane przez przysadkę mózgową. Ssanie brodawki sutkowej pobudza na drodze nerwowej wydzielanie hormonów mlekotwórczych.”

Mechanizm powstawania i wypływania mleka stymulowany jest przez dwa odruchy nerwowo – hormonalne :

- Odruch prolaktynowy – jest to odruch wytwarzania mleka.

„...Ssanie brodawki sutkowej jest sygnałem przekazywanym przez nerwy do podwzgórza i przysadki mózkowej, która uwalnia prolaktynę. Im więcej i częściej dziecko ssi, tym więcej prolaktyny jest wydzielane i więcej mleka wytwarza gruczoł mleczny pod jej wpływem. Odruch prolaktynowy przygotowuje pierś do produkcji pokarmu na następne karmienie.”

- Odruch oksytocynowy – to odruch samoistnego uwalniania mleka.

„...Polega na tym, że ssanie brodawki sutkowej wywołuje na drodze odruchowej uwalnianie oksytocyny z przysadki mózkowej. Oksytocyna wywołuje skurcz komórek mięśniowych wokół pęcherzyków mlecznych i przewodów, co powoduje przesuwanie pokarmu i umożliwia jego wypływ z piersi. W czasie ssania jednej piersi powoduje, że mleko płynie również z drugiej. Odruch oksytocynowy zapewnia pokarm na dany posiłek. Odruch może być wyzwolony przez przepiętowanie piersi, masaż sutka, dotykanie brodawki, odciąganie mleka. Łatwo ulega zablokowaniu pod wpływem stresu, zaburzeń emocjonalnych, lęku.”

Wymienione wyżej odruchy są uruchamiane w czasie, gdy dziecko ssi pierś matki. Wzrasta wówczas poziom prolaktyny i dochodzi do wzmożonego wytwarzania pokarmu. Od tej chwili rozpoczyna się cykl ciągłego produkowania mleka. Im większe jest zapotrzebowanie dziecka, tym większa jest jego dostawa.

Krótkie i nieefektywne ssanie piersi przez malucha może prowadzić do osłabienia procesu laktacji.

Odruch ssania pobudza zakończenia nerwów czuciowych, które znajdują się na skórze brodawki i otoczki sutkowej. To z nich bodźce przekazywane są do podwzgórza, a następnie do przedniego i tylnego płata przysadki mózkowej. Z przedniego płata przysadki mózkowej uwalnia się prolaktyna, która pobudza pęcherzyki mleczne do wytwarzania pokarmu, zaś uwalniająca się oksytocyna z tylnego płata przysadki mózkowej powoduje wypływanie mleka z piersi.

Należy pamiętać, że nie wystarczy samo wytworzenie mleka, jeśli nie zostanie uwolnione z gruczołów piersiowych, w których powstało. Dziecko nie będzie nakarmione, a dalsza jego produkcja będzie zahamowana. Dlatego odruch wypływania dzięki, któremu mleko wydostaje się z piersi matki prosto do buzi dziecka jest podstawową i najważniejszą funkcją wpływającą na udane karmienie.

#### JAK SIĘ ZMIENIA POKARM?

Otóż mleko, które otrzymuje niemowlę od matki nie jest tak jednolite, jak gotowa mieszanka kupowana w sklepie. Jego skład zmienia się wraz z kolejnym karmieniem, a nawet w czasie jednego przystawienia.

Pierwsze mleko, które otrzymuje dziecko od mamy nosi nazwę mleka pierwszej fazy. Jego podstawowym zadaniem jest zaspokojenie pragnienia. W związku z tym ma wodnistą konsystencję i niską zawartość tłuszczu. Po mleku pierwszej fazy przychodzi czas na mleko drugiej fazy, które jest bogate w białka, tłuszcze i kalorie. Dlatego tak ważne jest, aby matka nie odstawiała zbyt szybko swojej pocięchy od piersi, bo zamiast pożywnego jedzonka otrzyma tylko dobry napój

#### 1.3 SKŁAD I ILOŚĆ MLEKA KOBIECEGO.

Mleko matki posiada unikalny skład, który zmienia się i dostosowuje do potrzeb dziecka. Jest wodnistą zawiesiną i wodnym roztworem białek, węglowodanów, tłuszczu, elektrolitów, witamin, hormonów, enzymów, innych substancji i wolnych komórek. Większość tych składników zostaje wyprodukowana przez komórki nabłonkowe gruczołu sutkowego, niektóre zaś przechodzą do mleka wyselekcjonowane z krwi przepływającej wokół pęcherzyków gruczołowych. Wartości poszczególnych składników zmieniają się w zależności od stadium laktacji, pory dnia, jak również



w czasie samego aktu karmienia. Ta ilościowa zmienność powoduje, że skład mleka jest zależny od woli matki, która decyduje o przystawianiu do piersi oraz od dziecka, które zgłasza potrzebę ssania. Fizjologiczna zmienność składu pokarmu jest cechą korzystną, gdyż ułatwia wzajemne dostosowanie się matki i dziecka, gdy jest karmione na żądanie.

Pokarm matki jest jałowy (nie zawiera bakterii), nie trzeba go pasteryzować, sterylizować i podgrzewać. Ma zawsze stałą temperaturę.

### SKŁAD POKARMU KOBIECEGO

#### WODA

Stanowi około 88%.

Jest czysta i przefiltrowana przez organizm matki.

#### WĘGLOWODANY

Głównym węglowodanem mleka kobiecego jest laktoza (7g/l). Dzięki niej pokarm jest płynem izotonicznym z osoczem przy niższym stężeniu elektrolitów. Jest również składnikiem budulcowym tkanki nerwowej. Przyczynia się do prawidłowego rozwoju mózgu. Zwiększa wchłanianie wapnia i magnezu oraz ułatwia przyswajanie żelaza. Mimo, iż żelaza jest nieco mniej w mleku kobiety niż w gotowych mieszankach to jest ono dla dziecka bardziej dostępne.

Dzięki laktozie i laktoferynie żelazo jest lepiej przyswajane przez noworodka i niemowlę nawet w 70%. Laktoza rozkłada się w jelicie cienkim. Powoduje tam kwaśne środowisko, które hamuje rozwój bakterii chorobotwórczych wywołujących u dzieci biegunki.

Mleko kobiece w przeciwieństwie do mleka krowiego zawiera galaktozę, która w sposób istotny wpływa na prawidłowy rozwój układu nerwowego, zwłaszcza mózgu.

#### TŁUSZCZE

Stanowią około 3%. Zawartość głównego nośnika energii – tłuszczów – zmienia się od dnia i w czasie samego karmienia (może wtedy wzrosnąć od 2 do 9 g/dl). W większości to naturalne trójglicerydy, które cechują się dużą zawartością nienasyconych kwasów tłuszczowych i wyższą asymetrią molekularną, niż tłuszcze z innych okolic ciała. Są one łatwo przyswajalne. Nie drażnią jelit noworodka i niemowlęcia oraz nie powodują kolki jelitowej. Odgrywają znaczącą rolę w rozwoju i dojrzewaniu mózgu.

#### BIAŁKO

Wielkość wydzielania białek jest cechą stabilną (około 9 -11 g/l). Mleko kobiece składa się z białek serwatkowych (a – laktoalbuminy, laktoferyny i IgA) i trzech głównych białek kazeinowych. Jest podstawowym składnikiem odżywczym, dostosowanym do możliwości trawiennych noworodka i niemowlęcia (przyswajalność i strawialność białka kobiecego jest prawie całkowita). Niezwykle odżywcza alfa – laktoglobulina w odróżnieniu od beta – laktoglobuliny mleka krowiego nie posiada właściwości alergizujących. Białko odgrywa bardzo istotną rolę w rozwoju kości i mięśni. Wspomaga również układ odpornościowy.

Lepsza przyswajalność i strawialność białek i tłuszczu zawartych w pokarmie kobiecym jest wynikiem odwrotnej proporcji białek serwatkowych i kazeinowych (80 : 20) niż w mleku krowim.

Mleko matki zawiera NATURALNE WITAMINY i biologicznie aktywne CZYNNIKI WZROSTU, których nie posiadają gotowe mieszanki. Wpływają one na bardzo szybkie przybieranie

noworodka i niemowlęcia na wadze. Odgrywają istotne znaczenie w dojrzewaniu układu pokarmowego, oddechowego i nerwowego, które w chwili przyjścia dziecka na świat nie są w pełni rozwinięte.

Stężenie jonów SODU, CHLORU i POTASU jest znacznie niższe niż w mleku krowim, dzięki temu nerki dziecka nie są obciążone. Mleko kobiece zawiera również korzystniejsze proporcje wapnia i fosforu (1 : 4), co przyczynia się do lepszego wchłaniania wapnia niezbędnego do prawidłowego rozwoju kości.

Pokarm kobiety jest bogaty w substancję PRZECIWINFEKCYJNE i PRZECIWPALNE. Należą do nich przeciwciała typu IgA silnie chroniące przewód pokarmowy noworodka i niemowlęcia przed zakażeniem. Prostaglandyny, lizozym, interferon i limfocyty B wzmacniają odporność.

Ilość pokarmu wytwarzanego przez pierś matki stale się zmienia, ponieważ na bieżąco dostosowuje się do zmieniających się potrzeb rosnącego noworodka. Na początku pojawia się niewielka ilość siary, następnie w obfitszej ilości mleko przejściowe, a w końcowej fazie karmienia mleko właściwe. Ilość pokarmu stopniowo się zwiększa proporcjonalnie do częstotliwości ssania i ilości pobieranego pokarmu przez noworodka. Każde ssanie to biologiczny sygnał do dalszego wzrostu produkcji, aby utrzymać go na właściwym poziomie noworodek powinien ssać pierś matki minimum osiem razy na dobę.

Najpierw ssanie uruchamia odruch samoistnego wypływu pokarmu, dzięki któremu dziecko otrzymuje znaczną objętość mleka (80%), a pierś matki w prosty i łatwy sposób się opróżnia. Kolejny odruch ssania wyzwala wytworzenie pokarmu na następne karmienie. Tak więc, im częściej matka przystawia dziecko do piersi, i im skuteczniej ono ją opróżnia, tym więcej mleka wytwarza gruczoł piersiowy na drodze odruchowej.

W okresie nagłego wzrostu zapotrzebowania na mleko przez szybko rosnące niemowlę między szóstym, a ósmym tygodniem życia oraz między trzecim, a czwartym miesiącem może wystąpić przejściowy niedobór pokarmu. Ten laktacyjny kryzys szybko minie jeśli matka będzie często i prawidłowo przystawiać swoją pocięchę do piersi. Częstość ssania i wielkość posiłków niemowlęcia stają się informacją dla organizmu matki na podstawie, której potrafi on wyprodukować odpowiednią ilość pokarmu - nie za dużo i nie za mało.

### 1.4 SIARA - PIERWSZY I NAJCENNIJSZY POKARM DLA NOWORODKA.

Gruczoły piersiowe w pierwszych dniach po porodzie wytwarzają tzw. pokarm wstępny – siarę. Ten gęsty, żółty (niekiedy przejrzysty) płyn jest bogaty w białka, witaminy, przeciwciała oraz białe ciała krwi, które chronią nowonarodzony organizm przed szkodliwymi bakteriami i wirusami. Charakteryzuje się dużą kalorycznością.

Siara pokrywa ścianki jelit niedojrzałego organizmu noworodka, tworząc skuteczną barierę dla szkodliwych bakterii. Równocześnie chroni przed alergią i nieżytem jelitowym. Posiada właściwości przeczyszczające i pozwala szybciej wydalić z przewodu pokarmowego smótkę, tym samym przyczynia się do zmniejszonego nasilenia żółtaczk. Od pierwszego karmienia chroni noworodka przed patogennymi bakteriami typu Escherichia coli i zapewnia rozwój w przewodzie pokarmowym korzystnych dla organizmu bakterii



Lactobacillus bifidus.

Ssanie siary przez noworodka w ciągu pierwszych czterech dni po porodzie w zupełności zaspakaja jego apetyt, a tym samym zapewnia mu zdrowszy start w życie. Dlatego tak ważne jest, aby pierwsze karmienie noworodka odbyło się tuż po porodzie, kiedy matka przebywa jeszcze na sali porodowej.

## 2 ROZWÓJ PSYCHORUCHOWY DZIECKA OD MOMENTU URODZENIA DO PIERWSZEGO ROKU ŻYCIA

### 2.1 OKRES NOWORODKOWY.

Okres noworodkowy obejmuje pierwsze dwadzieścia osiem dni życia dziecka. To czas, w którym następuje adaptacja nowonarodzonego maleństwa do całkiem odmiennych warunków, jakie miało fundowane przez ostatnie dziewięć miesięcy w łonie matki. Teraz samo musi sobie radzić, w związku z tym w jego organizmie zachodzi szereg przemian, zwłaszcza w układzie oddechowym i krążeniowym.

Noworodki w zależności od długości trwania ciąży dzielimy na:

- niedonoszone (wcześniaki) – urodzone przed 38 tygodniem ciąży
- donoszone – urodzone między 38 a 42 tygodniem ciąży
- przenoszone - urodzone po 42 tygodniu ciąży

W zależności od stopnia rozwoju wewnątrzmacicznego noworodki możemy podzielić na:

- dojrzałe
- dojrzałe z wewnątrzmacicznym opóźnieniem rozwoju (tzw. dystrofiki)
- niedojrzałe (wcześniaki)

Przeciętny ciężar ciała donoszonego noworodka płci męskiej wynosi 3400 gram, płci żeńskiej 3200 gram, zaś długość ciała ok. 50 centymetrów. Wahania ciężaru ciała 2501g – 4500 g i długości ciała 48 – 55 centymetrów mieszczą się w granicach normy i określamy je mianem szerokiej normy.

Zróznicowanie wyżej wymienionych cech morfologicznych może zależeć od: masy ciała matki w okresie ciąży, rasy, klimatu, warunków ekonomicznych, jak również w dużym stopniu od tego czy jest to pierwsza, czy kolejna ciąża, pojedyncza, czy mnoga.

### CECHY CHARAKTERYSTYCZNE NOWORODKA

- duża głowa z małą częścią twarową
- krótka szyja
- klatka piersiowa o kształcie lekko beczkowatym
- duży brzuch, który wystaje ponad poziom klatki piersiowej
- krótkie kończyny

Bezpośrednio po urodzeniu dokonuje się obiektywnej oceny stanu zdrowia noworodka za pomocą skali Apgar

### FIZIOLOGICZNE ZMIANY ZACHODZĄCE U NOWORODKA.

W drugiej lub trzeciej dobie życia u noworodka może pojawić się żółtaczka fizjologiczna. Jest ona wynikiem rozpadu krwinek czerwonych i przejściowo niewydolności enzymatycznej wątroby. Zanika około ósmego dnia życia.

Innym zjawiskiem fizjologicznym jest spadek masy ciała (norma 10%), który jest spowodowany utratą wody. Zaraz po urodzeniu u noworodka spada ciepłota ciała, która stopniowo wraca do normy około ósmej godziny życia.

### ROZWÓJ PSYCHORUCHOWY NOWORODKA.

Zdrowego, donoszonego noworodka cechuje duża aktywność ruchowa, która objawia się spontanicznymi ruchami rączek i nóżek. Są one jednak nieskoordynowane, bezcelowe i cha-

tyczne. Pozostają pod wpływem bodźców zewnętrznych. Pochodzą z niższych ośrodków ruchowych układu nerwowego. Pozycja złożeniowa noworodka ogranicza się wyłącznie do leżenia na plecach.

Każdy noworodek ma zazwyczaj dobrze wykształcone odruchy. Na szczególną uwagę zasługuje obecność odruchu Babińskiego i Kerniga.

### 2.2 OKRES NIEMOWLĘCY.

Niemowlę - to dziecko między drugim a dwunastym miesiącem życia.

#### CECHY CHARAKTERYSTYCZNE OKRESU NIEMOWLĘCEGO TO:

- dynamiczny rozwój fizyczny : następuje szybkie tempo procesu rozrostu (masa i długość ciała, obwód głowy i klatki piersiowej, zmiany proporcji ciała)
- rozwój ruchowy: zmiany w postawie ciała, szybki rozwój czynności statycznych i lokomocyjnych, rozwój chwytu i manipulacji,
- rozwój procesów poznawczych: duża wrażliwość na bodźce wzrokowe, słuchowe, i dotyku, początek rozwoju mowy,
- rozwój kontaktów społecznych oraz uczuć
- początek uzębienia mlecznego

Pod koniec pierwszego roku życia następuje trzykrotne zwiększenie masy ciała niemowlęcia, zaś długość zwiększa się o 50%. Powiększenie masy ciała odbywa się przez wzrost tkanki tłuszczowej, a w późniejszym okresie przyczynia się do tego wzrost masy mięśniowej i kości. Przejawem rozwoju fizycznego są również zmiany proporcji ciała, zwiększenie obwodu klatki piersiowej w stosunku do obwodu głowy.

Rozwój dziecka w okresie niemowlęcym charakteryzuje się bardzo intensywnym i dynamicznym przebiegiem. Wystarczy tylko wziąć pod uwagę fakt, że noworodek potrafi tylko leżeć na plecach, ma dobrze wykształcony odruch ssania i krzyku, zaś roczne dziecko potrafi samodzielnie chodzić.

Dynamiczny i wielokierunkowy przebieg rozwoju w okresie niemowlęcym obejmuje sferę rozwoju fizycznego, umysłowego i psychoruchowego.

ROZWÓJ RUCHOWY-polega na wzrastaniu z każdym miesiącem życia niemowlęcia umiejętności do przyjmowania i zmiany określonych pozycji ciała.

W pierwszych trzech miesiącach życia występują czynności ruchowe, które określamy jako ruchy pierwotne lub prymitywne. Są one mimowolne, tj. nie ukierunkowane na żaden cel. W późniejszym okresie stopniowo zanikają, gdyż torują miejsce ruchom dojrzałym i skoordynowanym, które od piątego miesiąca życia bardziej się doskonalą, aż w końcu stają się celowe i manipulacyjne. Związane jest to z postępującym dojrzewaniem ośrodkowego układu nerwowego.

ROZWÓJ CZYNNOŚCI LOKOMOCYJNYCH wiąże się ze zmianami postawy ciała, które rozwijają się wcześniej. Możliwość chodzenia u niemowlęcia jest ściśle powiązana z utrzymaniem przez dłuższy czas postawy pionowej, która z kolei zależy od napięcia mięśni grzbietu i kończyn dolnych. Odpowiednie napięcie wyżej wymienionych grup mięśniowych pojawia się stosunkowo później niż aktywność motoryczna, dlatego niemowlę szybciej zaczyna raczkować niż chodzić. W czasie raczkowania tułów niemowlęcia ułożony jest poziomo, co nie wymaga silnego napięcia mięśni grzbietu i kończyn dolnych.

Rozwój PROCESÓW POZNAWCZYCH to kolejny obszar rozwoju umysłowego niemowlęcia. Najpierw zaczyna ono



wstawać, a następnie rozwijają się u niego wrażenia wzrokowe, słuchowe i dotyku. Poszerzają one orientację w świecie zewnętrznym. Wraz z ich rozwojem kształtują się ruchy sensoryczno - motoryczne. Rozwój spostrzegania i orientacji w najbliższym otoczeniu kształtuje suma wrażeń zmysłowych niemowlęcia. Ich scalanie i przetwarzanie w ośrodkach kory mózgowej następuje między piątym a ósmym miesiącem życia.

W okresie niemowlęcym następuje bardzo szybki rozwój mózgu. Jego waga u noworodka to 380 gram, zaś u dwunastomiesięcznego niemowlęcia już 925 gram. Rozwijający się mózg spełnia nadrzędną rolę w stosunku do innych narządów. Koordynuje i integruje ich działanie. Wszystkie procesy rozwoju fizycznego i psychicznego w pierwszym roku życia są integralnie ze sobą powiązane i określamy je mianem rozwoju psychofizycznego lub psychoruchowego niemowlęcia.

### 3. EDUKACJA MATKI Z ZAKRESU KARMIENTA NATURALNEGO

#### 3.1 ZALETY KARMIENTA PIERSIĄ DLA NOWORODKA I NIEMOWLĘCIA

Karmienie naturalne przewyższa wszystkie inne sposoby żywienia. Niesie szereg korzyści zdrowotnych i emocjonalnych dla prawidłowego rozwoju noworodka i niemowlęcia. Dzieci karmione mlekiem matki są bardziej aktywne, znacznie szybciej pokonują kolejne etapy rozwoju motorycznego. Z korzyści intelektualnych na szczególną uwagę zasługują: lepsze zainteresowanie środowiskiem, pewność siebie, lepsza koncentracja, samodzielność, mniejsza agresywność oraz wyższy iloraz inteligencji i zdolność uczenia się.

Karmienie piersią niesie również wiele innych cennych zalet. Oto one:

#### ZMNIEJSZA ZACHOROWALNOŚĆ

Zawarte w pokarmie matki swoiste substancje odpornościowe, modulatory wzrostu i enzymy sprawiają, że zmniejsza się zachorowalność niemowlęcia na schorzenia układu pokarmowego, oddechowego, krzywicę i wrzodziejące zapalenie jelit. Mleko matki chroni noworodka przed „zespołem nagłej śmierci.” Kolejną ważną zaletą jest to, że zapobiega infekcjom. Za każdym razem, gdy dziecko ssie pierś matki otrzymuje sporą dawkę przeciwciał. W związku z tym rzadziej występują u niego przeziębienia, infekcje ucha, zakażenia dolnego odcinka dróg oddechowych czy moczowego.

Jeżeli już maluch zachoruje to powrót do zdrowia jest znacznie szybszy, a ryzyko powikłań znacznie mniejsze. Karmienie piersią poprawia reakcję organizmu na szczepienia przeciwko większości chorób takich jak błonica, polio i tężec. Zmniejsza możliwość wystąpienia cukrzycy insulinozależnej.

#### PRZECIWDZIAŁA ALERGII

Noworodek nigdy nie jest uczulony na pokarm matki. Może być tylko wrażliwy na coś, co matka zjadła. Samo mleko jest zawsze bardzo dobrze tolerowane, gdyż zawiera białko homologiczne, czyli takie które nie ma cech alergenu. Dzięki temu zmniejsza się zachorowalność na astmę i atopowe zapalenie skóry.

#### ZMNIEJSZA RYZYKO WYSTĄPIENIA RUMIENIA PIELUSZKOWEGO

Stolce noworodka karmionego w sposób naturalny rzadziej wywołują rumień pieluszkowy, jednak korzyść ta mija z chwilą wprowadzenia pokarmów stałych do diety.

#### ZAPEWNIĄ LEPSZY ROZWÓJ JAMY USTNEJ

Usta noworodka i sutek matki tworzą najlepiej dopasowaną parę. Nawet najlepszy smoczek nie jest w stanie zapewnić szczękom, dziąsłom, zębom i podniebieniu twardemu treningu jaki przechodzi ssąc pierś matki. Zapewnia on optymalny rozwój ust i później prawidłowy rozwój zębów.

#### POPRAWIA TRAWIENIE

Mleko matki stworzone jest tak aby zaspokoić wrażliwy i ciągle rozwijający się układ trawienny. Białka i tłuszcze zawarte w pokarmie kobiecym są łatwiej tolerowane przez dziecko, niż białka i tłuszcze mleka krowiego. Również łatwiej dochodzi do absorpcji ważnych mikrośladków z matczynej mleka, dzięki temu dzieci karmione naturalnie rzadziej cierpią z powodu gazów i nadmiernego ulewiania.

#### SPRAWIA, ŻE BRZUSZEK DZIECKA JEST SPOKOJNY

Mleko matki posiada naturalne właściwości przeczyszczające i jest łatwiej trawione, dlatego noworodki nie cierpią na zaparcia. Choć ich stolce są zwykle luźne, biegunki zdarzają się również rzadko.

Mleko z piersi obniża ryzyko wystąpienia zaburzeń trawienych. Niszczy szkodliwe mikroorganizmy i stymuluje wzrost pożytecznych mikroorganizmów, które sprawują kontrolę nad tamtymi.

#### OTYŁOŚĆ – RZADKI PROBLEM

Niemowlęta karmione piersią są mniej „pulchne” niż ich rówieśnicy spożywający sztuczne mieszanki. Częściowo przyczyna tkwi w tym, iż dziecko ssące pierś samo reguluje ilość wypijanego mleka. W przypadku karmienia butelką bywa tak, że jest ponaglone dopóki nie będzie ona pusta. Ponad to pokarm matki zawiera prawidłową ilość kalorii. Mleko drugiej fazy jest bardziej kaloryczne niż mleko pierwszej w związku z tym daje uczucie sytości i sygnalizuje koniec jedzenia. Im dłużej niemowlę jest karmione piersią, tym jest mniejsze prawdopodobieństwo, że w przyszłości wystąpi u niego nadwaga i wysoki poziom cholesterolu.

#### JEST BEZPIECZNE

Matka ma pewność, że mleko jest zawsze świeże. Nigdy nie ulegnie zepsuciu czy zakażeniu (oczywiście jeżeli jest zdrowa).

#### ZAPEWNIĄ PRAWIDŁOWY ROZWÓJ EMOCJONALNY

Karmienie piersią kształtuje i rozwija silną więź emocjonalną między matką a noworodkiem, której nikt nie jest w stanie zerwać.

#### MLEKO „DOPASOWUJE” SIĘ DO POTRZEB NOWORODKA I NIEMOWLĘCIA

Wszystkie składniki pokarmu kobiecego są dopasowane do potrzeb dziecka. W przeciwieństwie do mleka modyfikowanego jego skład się ciągle zmienia, aby zaspokoić wciąż zmieniające się potrzeby noworodka i niemowlęcia. Inny jest rano, inny późnym popołudniem, inny na początku karmienia, inny na końcu, a jeszcze inny w pierwszym czy piątym miesiącu życia dziecka.

Podsumowując można stwierdzić, że mleko matki zawiera wszystko to, co potrzebują noworodek i niemowlę do prawidłowego rozwoju psychofizycznego. Matka powinna wziąć pod uwagę jeszcze jeden fakt, że nie musi dopajać swojej pociechy, ponieważ doskonały napój stanowi mleko pierwszej fazy.



### 3.2 ZALETY KARMIENTA PIERSIĄ DLA MATKI

Korzyści jakie płyną z karmienia piersią dla matki są ogromne. Oto niektóre z nich:

#### WYGODA

Pokarm z piersi matki jest zawsze świeży, jałowy, a przede wszystkim dostępny w każdej chwili. Nie wymaga przygotowania, a jego temperatura jest zawsze idealna. Matka nie musi martwić się, że zabraknie jej gotowej mieszanki, myciem i wyparzaniem butelek. Zaoszczędzony czas może wykorzystać na odpoczynek.

#### SZYBSZY POWRÓT DO ZDROWIA

Karmienie piersią przyspiesza obkurczanie się macicy po porodzie, poprzez wzrost stężenia oksytocyny. Przyczynia się również do zmniejszenia krwawienia poporodowego. Matka karmiąc swoje dziecko funduje sobie rzucenie nadmiaru masy ciała z okresu ciąży. W ciągu jednego dnia może spalić nawet 500 kalorii. Korzyść ta niezwykle pozytywnie wpływa na psychikę, gdyż zazwyczaj po porodzie matka czuje się mniej atrakcyjna. Świadomość powrotu do dawnej figury mobilizuje ją do pokonania wszystkich trudów związanych z karmieniem.

#### ZMNIEJSZONE RYZYKO ZACHOROWANIA NA RAKA

Karmienie dziecka piersią w pewnym stopniu redukuje ryzyko zachorowania matki na raka jajnika, sutka i macicy.

#### WZMACNIA KOŚCI

Karmienie naturalne zapobiega osteoporozie, która jest częstą przyczyną złamań szyjki kości udowej u kobiet w okresie menopauzy.

#### KORZYŚCI EKONOMICZNE

Mleko z piersi matki jest bezcenne, a przy tym nic nie kosztuje. Za oszczędzone pieniądze matka może sprawić swojemu maluchowi wiele prezentów.

#### WYTWORZENIE SILNEJ WIĘZI EMOCJONALNEJ

W czasie karmienia piersią między matką, a dzieckiem powstaje silna, nierozzerwalna więź. Dochodzi do kontaktu cielesnego i wzrokowego. Karmienie naturalne to doskonała okazja do przytulania i przemawiania w sposób czuły i zabawny do swojej pociechy. Jest to jedna z najważniejszych zalet, gdyż daje matce szczególną satysfakcję psychiczną i poczucie spełnienia się w macierzyństwie.

### 3.3 POZYCJA MATKI W CZASIE KARMIENTA PIERSIĄ

Niedoświadczone mamy często nie wiedzą, jak prawidłowo ułożyć noworodka przy piersi. Nierzadko staje się to przyczyną wielu kłopotów związanych z karmieniem. Dziecko nie najada się, ponieważ ssi nieefektywnie, dochodzi do zastojów pokarmu przez co piersi stają się twarde i obolałe. Taka sytuacja często powoduje, że matka rezygnuje z karmienia naturalnego. Czy postępuje prawidłowo? Otóż nie. W tym momencie pomoc położnej staje się niezbędną. To właśnie ona powinna udzielić matce niezbędnej pomocy i wsparcia. Musi przekonać ją, że nie ma większego znaczenia czy wybierze do karmienia pozycję siedzącą, czy leżącą, ponieważ najistotniejsze jest to by brzusek noworodka był zwrócony w stronę jej brzucha, a usta znajdowały się dokładnie na wysokości brodawki sutkowej.

Położna powinna przedstawić matce kilka pozycji, z których ona wybierze tą najwygodniejszą dla siebie i noworodka, ale

zawsze musi pamiętać, że to ona ma przystawiać dziecko do piersi, a nie pierś do dziecka.

#### POZYCJA KRZYŻOWA

„...Przytrzymaj głowę maleństwa ręką przeciwną do piersi, do której będziesz je przystawiać (np. lewą ręką trzymasz główkę, jeśli karmić będziesz z prawej). Nadgarstek powinien spoczywać między łapkami dziecka, natomiast kciuk za jednym uchem, a pozostałe palce za drugim. Prawą dłoń ujmij prawą pierś trzymając kciuk nad brodawką i otoczką, w miejscu którego dotykać będzie nosek. Palec wskazujący natomiast powinien znaleźć się w punkcie zetknięcia się policzka dziecka z piersią. Uciśnij lekko pierś. Dzięki temu przybierze ona kształt bardziej pasujący do buzi niemowlęcia.”

#### POZYCJA SPOD PACHY

„...Wystarczy tylko umieścić dziecko pod pachą, tak jak zawodnicy trzymają piłkę podczas meczu, czyli ułożyć dziecko przy boku w pozycji półsiedzącej twarzą do siebie, przy czym jego nóżki znajdują pod pachą matki (prawej, gdy karmi się prawą piersią). Za pomocą poduszki można podnieść dziecko na wysokość brodawki. Prawą ręką podtrzymuje się główkę dziecka, a lewą – pierś, tak samo jak przy pozycji krzyżowej.”  
Pozycja ta jest szczególnie wygodna dla kobiet, które urodziły dziecko przez cięcie cesarskie.

#### POZYCJA KOŁYSKOWA

Pozycja ta uznawana jest za klasyczną.

„...Główka dziecka spoczywa na zgięciu łokcia, dłoń matki przytrzymuje je w biodrach lub za pośladki. Jedna rączka dziecka (przy karmieniu z prawej piersi będzie to lewa rączka) jest przesunięta na bok, pod ramię matki, wokół jej talii. Lewa dłoń ujmie pierś (podczas karmienia z prawej piersi) jak przy pozycji krzyżowej.”

#### POZYCJA LEŻĄCA

„...Należy położyć się na boku, z poduszką pod głową. Dziecko również leży bokiem, przodem do matki, brzusek do brzucha. Mała buzia musi być w jednej linii z brodawką. Pierś podtrzymuje się jak w poprzednich pozycjach. Aby malec leżał blisko, można podeprzeć jego plecki małą poduszką.”  
Pozycja ta jest szczególnie wygodna podczas karmienia nocnego.

### 3.4 ZASADY PRAWIDŁOWEGO PRYZYSTAWIENIA DZIECKA DO PIERSI

Prawidłowa pozycja w czasie karmienia piersią jest bardzo ważna, ale matka musi jeszcze sprawić, by noworodek i pierś odpowiednio się połączyły i zaczęły ze sobą współpracować. Ssanie piersi to wcale niełatwe zadanie dla nowonarodzonego dziecka. Wymaga skoordynowania wielu czynności – oddychania, połykania, pracy języka i żuchwy.

Usta prawidłowo przystawione noworodka do piersi powinny obejmować zarówno brodawkę, jak i otoczkę. Spowoduje to, że szczelnie wypełniają one małą buzię i zostaną prawidłowo dociśnięte do podniebienia twardego przez język obejmujący sutek od dołu. Rys. 6

Podczas ssania brodawka wraz z otoczką ulega wyciągnięciu w buzi dziecka. Jeżeli jest miękka i elastyczna to łatwo poddaje się rozciągnięciu. Dlatego nie należy hartować brodawek w czasie ciąży. Dziąsła noworodka muszą uciskać obwódki sutka, tak aby ze znajdujących się pod nią kanalików zaczęło wypływać mleko. Pierwsze ruchy ssania są zazwyczaj nieskoordynowane i chaotyczne. Dopiero później ssanie staje się rytmiczne. Matka zaczyna słyszeć wyraźne przełykanie



pokarmu. Po kilku minutach jedzenia noworodek robi sobie króciutkie przerwy, ale nie zmienia w tym czasie pozycji ułożenia warg, gdyż po chwili kontynuuje ssanie. Zwykle 15 – 30 minut wystarczy, aby dziecko się najadło i samo puściło pierś. Noworodek zazwyczaj domaga się ponownego przystawienia do piersi po upływie 1, 5 godziny, starsze niemowię po dwóch trzech godzinach. Jeśli maluch sam przerwie ssanie i zaśnie matka może delikatnie je odstawić, wkładając w kącik ust mały palec.

Dziecko prawidłowo przystawione do piersi jest najedzone i spokojne w przerwach między karmieniami. Otrzymuje odpowiednią ilość mleka co sprawia, że prawidłowo przybiera na wadze (800 – 1200 gram na miesiąc przez pierwsze trzy miesiące oraz nie mniej niż 500 gram od trzeciego do szóstego miesiąca). Samo reguluje ilość spożywanego mleka, a tym samym ilość pokarmu, którą pierś ma wytworzyć. Niemowlę może być karmione wyłącznie piersią przez pierwsze sześć miesięcy życia. Prawidłowe przystawienie do piersi powoduje, że u dziecka intensywnie pracują mięśnie żwaczy, języka, warg i policzków, co korzystnie wpływa to na rozwój mowy i zgryzu.

### 3.5 POWIKŁANIA LAKTACYJNE ZWIĄZANE Z NIEPRAWIDŁOWYM PRYZYSTAWIANIEM DZIECKA DO PIERSI.

W czasie karmienia piersią matka może spotkać się z wieloma trudnościami. Okazuje się, że wynikają one najczęściej z braku doświadczenia. Młode, niedoświadczone i często przerażone mamy najczęściej skarżą się na:

#### • ZASTÓJ POKARMU

Zastój pokarmu najczęściej występuje w czwartej lub piątej dobie po porodzie. Jest związany tzw. nawałem mlecznym.

W przypadku tej dolegliwości piersi matki są zaczerwienione, bolesne i twarde. Dodatkowo może wystąpić podwyższona temperatura ciała, która nie jest powodem do zaprzestania karmienia. Dotykając piersi matka lub położna wyczuwa pod palcami wypełnione mlekiem komórki gruczołowe, które kształtem przypominają gronka. Najbardziej wyczuwalne są one obok dołu pachowego.

Inną przyczyną zastoju pokarmu jest zbyt rzadkie i zbyt krótkie przystawianie noworodka do piersi. Najczęściej wynika to z dopajania dziecka słodkimi płynami, które powodują, że małe nie odczuwa głodu i rzadziej upomina się o pierś. Taka sytuacja może doprowadzić również do zmniejszenia się produkcji mleka, a w ostateczności nawet do jego zaniku.

Zastój pokarmu niekiedy związany jest z zaburzeniem odruchu samoistnego wypływania mleka. Wpływa na to niepokój matki, pośpiech oraz nerwowa atmosfera. Dlatego tak ważne jest, aby matka zadbała o relaks i wybrała do karmienia miejsce kameralne, zaciszne takie, w którym nikt nie będzie przeszkadzał.

Co powinna zrobić, kiedy już wystąpi zastój pokarmu?

- sprawdzić i skorygować technikę karmienia piersią
- karmić swoje maleństwo częściej
- poprawić funkcjonowanie odruchu samoistnego wypływu pokarmu
- przy nadprodukcji mleka stopniowo zredukować jego ilość (ograniczyć odciąganie)
- między karmieniami stosować zimne i ciepłe okłady na przestian

#### • BOLESNOŚĆ I PĘKANIE BRODAWEK SUTKOWYCH

W początkowym okresie karmienia piersią wiele matek skarży się na ból i pękanie brodawek sutkowych. Przyczyną tego jest

zbyt płytkie wprowadzenie piersi do buzi dziecka. Taka sytuacja sprawia, że noworodek nie mogąc pobrać odpowiedniej ilości mleka zaczyna gryźć brodawkę sutkową. W konsekwencji doprowadza do jej uszkodzenia. Inną przyczyną pęknięcia brodawek może być zastój pokarmu, lub sytuacja kiedy noworodek zasypia z brodawką w ustach. W czasie snu brodawka sutkowa wysuwa się z jamy ustnej malucha i pojawienie się przypadkowego odruchu ssania powoduje jej uszkodzenie.

Otarcia i pęknięcia brodawek sutkowych często wywołują infekcję grzybiczą, która charakteryzuje się silnym bólem piersi w czasie karmienia. Oglądając brodawkę sutkową nie stwierdzamy żadnych zmian patologicznych z wyjątkiem zaczerwienienia.

W przypadku wystąpienia bólu i pęknięcia brodawek sutkowych matka powinna:

- skorygować technikę karmienia
- zacząć karmienie dziecka od piersi zdrowszej
- odciągnąć (najlepiej ręcznie) niewielką ilość mleka z piersi przed karmieniem
- karmić częściej
- smarować brodawki własnym pokarmem
- wystrzegać się kosmetyków (kremów) i czynników, które powodują alergię kontaktową (wkładki do biustonosza)

#### • ZAPALENIE GRUCZOŁU PIERSIOWEGO

To kolejne powikłanie wynikające z nieprawidłowego przystawiania noworodka i niemowlęcia do piersi. Pojawia się najczęściej w pierwszych dwóch miesiącach po porodzie i może trwać do końca karmienia. Wywołuje go gronkowiec złocisty lub pałeczka okrężnicy.

Inne przyczyny stanu zapalnego piersi to:

- uszkodzenie brodawki sutkowej
- zastój pokarmu
- zablokowany przewod odprowadzający pokarm
- stres i zmęczenie matki

Co powinna zrobić matka jeśli wystąpi u niej zapalenie gruczołu piersiowego?

- przede wszystkim nie przerywać karmienia piersią
- częściej karmić swoje dziecko
- stosować zimne okłady na chore miejsca
- sprawdzić i skorygować technikę karmienia
- zacząć karmienie od chorej piersi
- zażywać antybiotyk, w razie potrzeby
- odpoczywać
- przyjmować duże ilości płynów

#### • NIEDOBÓR POKARMU

Większość matek jest przekonana, że ma niewystarczającą ilość pokarmu. Jest to oczywiście nieprawda, gdyż rzeczywisty niedobór występuje stosunkowo rzadko i objawia się u noworodka lub niemowlęcia:

- bardzo małą aktywnością
- nieefektywnym ssaniem, mimo iż spędza ono dużo czasu przy piersi
- bardzo małym przyrostem masy ciała, który nie przekracza 17 gram na dobę lub 120 gram na tydzień
- małą ilością moczu (mniej niż sześć pieluch na dobę) i stolca (jeden lub dwa na dobę)

Bardzo często zdarza się, że niedobór pokarmu wywołany jest czynnikami psychicznymi (depresja, stres, przemęczenie, ból) i fizycznymi (wklęsłe, płaskie brodawki, nikotynizm) matki.



W celu wykluczenia wszystkich nieprawidłowości położna powinna:

- ocenić stan odżywiania matki, czynniki, które wywołują stres i depresję
- zlecić częste karmienie noworodka lub niemowlęcia (najlepiej co dwie, trzy godziny)
- kontrolować masę ciała dziecka przynajmniej dwa razy w tygodniu
- przekonać matkę, aby nie dokarmiła dziecka sztucznymi mieszankami i nie dopajała słodkimi płynami
- skorygować technikę karmienia

Matka, która przerwała karmienie piersią swojego maleństwa z jakiegoś powodu, a chce je odbudować może to uczynić w ciągu trzech tygodni. Postępowanie powinna rozpocząć od skorygowania techniki karmienia i w razie potrzeby poprosić o pomoc położną środowiskową, która zleci:

- częste karmienie noworodka lub niemowlęcia z obu piersi zarówno w dzień, jak i w nocy (stymulacja gruczołu sutkowego)
- kontrolę przyrostu masy ciała dziecka co trzy dni (jeśli przyrost będzie prawidłowy zasugeruje zaprzestanie dokarmiania).

### 3.6 RĘCZNE ODCIĄGANIE POKARMU

Pokarm kobiecy odciąga się najczęściej z trzech powodów:

- jeśli nastąpi nagle przepełnienie piersi
- w celu uzyskania mleka do dokarmienia dziecka
- w celu stymulacji laktacji

Położna rozpoczynając edukację z zakresu odciągania pokarmu z piersi musi na samym początku poinformować matkę, że nie może odciągać mleka po każdym karmieniu swojego maleństwa. Gdy prowadzi to do nadmiernego jego wytwarzania, a w konsekwencji do zastojów i stanu zapalnego piersi. Najlepiej, aby matka odciągała pokarm ręcznie. Dzięki temu uzyska więcej mleka. Bardzo ważnym kluczowym elementem w ręcznym odciąganiu pokarmu jest dobre wycucie przez matkę palcami zatok mlecznych (zbiorników mlecznych), z których tylko powinna wyprowadzić mleko. Aby prawidłowo wykonać tę czynność musi obciąć pierś całą dłonią. Kciuk położyć na granicy górnego brzegu otoczki, a palec wskazujący na dolnym brzegu. Matka musi wyczuć między kciukiem, a palcem wskazującym poszerzone zatoki mleczne. Po ich wycuciu powinna delikatnie zbliżyć kciuk i palec wskazujący do siebie, następnie wykonać lekki ruch do przodu (zgodnie ze wskazówkami zegarka), bez odrywania palców od skóry piersi. Pozostałe palce muszą uciskać pierś w kierunku klatki piersiowej. Czynność tą matka powinna wykonywać wielokrotnie, zmieniając tylko ułożenie kciuka i palca wskazującego wokół piersi.

Jeśli odciągnięty pokarm jest przeznaczony do dokarmienia dziecka cały proces musi być wykonany bardzo starannie i czysto. Przed rozpoczęciem matka powinna dokładnie umyć i osuszyć ręce. Odciągnięte mleko musi być złane do wcześniej wygotowanego naczynia i przechowywane w:

- temperaturze pokojowej do 12 godzin
- lodówce (temperatura + 4 stopnie Celsjusza) do dwóch dni
- zamrażalniku (temperatura – 10 stopni Celsjusza) od 7 do 10 dni
- zamrażarce (temperatura – 18 stopni Celsjusza) nawet sześć miesięcy

Przechowywany pokarm matka nigdy nie powinna gotować przed podaniem dziecku. Należy jedynie go podgrzać do temperatury około 37 stopni Celsjusza. Kolejną ważną zasadą jest, aby wcześniej rozmrożone mleko nie zamrażać ponownie. Dlatego najlepiej przechowywać je w małych ilościach.

Ściąganie mleka z piersi przy pomocy odciągacza jest z pewnością szybsze i mniej męczące, ale nie pozwala uzyskać zadowalającej ilości pokarmu i często bywa bolesne.

### 3.7 DIETA MATKI W CZASIE KARMIENIA PIERSIĄ

Dieta matki karmiącej piersią stanowi często niemały problem, gdyż w najbliższym jej otoczeniu krąży zazwyczaj mnóstwo mitów odnośnie tego co powinna, a czego nie powinna jeść w czasie laktacji. Nowo „upieczona” mama słysząc wciąż różne porady babć czy cioć często czuje się zagubiona i w tym momencie pomoc położnej lub pielęgniarki staje się niezbędna w celu rozwiania wszelkich wątpliwości.

Nie wątpliwie jedno jest pewne, że przez cały okres laktacji matka powinna się zdrowo odżywiać ze względu na zdrowie i dobro swojego maleństwa. Niewłaściwa dieta wpływa również niekorzystnie na jej stan zdrowie, ponieważ w tym czasie organizm wyczerpuje wszystkie zapasy składników odżywczych, które wcześniej nagromadził.

Karmienie naturalne wymaga większej ilości energii w diecie. W związku z tym matka powinna zwiększyć kaloryczność diety o ok. 500 kcal. W okresie karmienia piersią wzrasta zapotrzebowanie na białko do 110 g/ dobę i nienasycone kwasy tłuszczowe. Podobnie jest z witaminami i składnikami mineralnymi.

Każda matka, aby w pełni zaspokoić zwiększone zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze musi odpowiednio komponować posiłki i regularnie je spożywać. Najlepiej 4 – 5 razy dziennie. W swojej codziennej diecie musi jednak zwrócić szczególną uwagę na:

- potrawy ciężkostrawne: (smażone mięso, ryby, tłuste sery, torty, kremy itp.)
- produkty wzdymające: (groch, fasola, kapusta, kalafior itp.)
- produkty konserwowe: (wszystkie potrawy z puszek)
- nadmiar nabiału: (mleko, jogurty, sery, kefir)
- ostre przyprawy: (chili, pieprz, papryka, chrzan, musztarda)
- mocną kawę i herbatę (są to substancje pobudzające, które mogą zaburzyć sen dziecka, spowodować niepokój, rozdrażnienie oraz nadmierną ruchliwość)
- napoje alkoholowe (zaburzają pracę układu nerwowego, mogą spowodować nadmierną senność)

W codziennych posiłkach matki karmiącej naturalnie powinno się znaleźć wiele produktów zawierających węglowodany złożone, które stanowią główne źródło energii. W związku z tym zaleca się następujące produkty: pieczywo, kasze, ryż oraz ziemniaki. Pieczywo białe najlepiej zamienić na razowe, gdyż zawiera od trzech do pięciu razy więcej składników mineralnych. Bardzo ważne jest wzbogacenie diety w ryby (gotowane lub przyrządzane na parze), które są nieocenionym źródłem pełnowartościowego białka, witaminy A, fosforu i selenu. Dostarczają również wielonienasyconych kwasów tłuszczowych potrzebnych do prawidłowego rozwoju centralnego układu nerwowego dziecka. Ryby zawierają jod, który stosunkowo rzadko występuje w produktach spożywczych. Źródłem witaminy C, beta – karotenu, błonnika i składników mineralnych są warzywa i owoce, dlatego powinny być spożywane w każdym posiłku. Co najmniej dwa posiłki muszą zawierać produkty bogate w żelazo. Jest to bardzo ważne szczególnie zaraz po porodzie, gdy organizm matki regeneruje straty z okresu ciąży i porodu. Do produktów zawierających żelazo zaliczamy: chude mięso i wędliny, ryby, rośliny strączkowe.

Matka karmiąca piersią powinna ograniczyć spożywanie słodczy. Są one tylko źródłem energii a to z kolei jest nie

korzystne, gdyż organizm potrzebuje dużej ilości składników odżywczych. Herbatę należy zastąpić wodą mineralną oraz sokami warzywnymi i owocowymi. W czasie laktacji zwiększa się pragnienie, w związku z tym matka powinna wypijać ok. 2 litrów płynów na dobę.

W trakcie karmienia naturalnego matka musi wykluczyć lub zwrócić szczególną uwagę na produkty, które mogą wywołać u dziecka alergię. Oto przykładowe grupy produktów w kolejności od najbardziej alergizujących :

- mleko i przetwory mleczne
- kakao i czekolada
- gluten (mąka, chleb, makaron)
- ryby
- orzechy
- cytrusy

- owoce drobnopiarniste (truskawki, jeżyny, maliny, jagody)  
Podsumowując chcę podkreślić, że najczęściej w diecie matki karmiącej piersią powinno się znaleźć produktów zbożowych, jarzyn i owoców, nieco mniej białek roślinnych i zwierzęcych, zaś niewiele tłuszczu roślinnych i zwierzęcych oraz słodyczy.

Często słyszymy, że kobieta karmiąca powinna jeść za dwoje. Jest to kolejny mit, który nie ma uzasadnienia, ponieważ organizm matki przystosowuje się do karmienia naturalnego i zmienia metabolizm na bardziej oszczędny. W tym czasie lepiej wchłania i wykorzystuje spożyty pokarm.

Jeszcze jedna bardzo istotna rzecz matka, która karmi piersią nie powinna się odchudzać, gdyż szybka utrata masy ciała może być przyczyną nieprawidłowej produkcji mleka. ■

KACZMARCZYK ANNA  
WYŻSZA SZKOŁA ZARZĄDZANIA  
W CZĘSTOCHOWIE  
WYDZ. PIELĘGNIARSTWO

## NIEDOKRWISTOŚĆ Z NIEDOBORU ŻELAZA

### ERYTROCYTY

Czerwone krwinki

Erytrocyt -krwinka czerwona, czerwone ciało krwi – jeden z podstawowych morfotycznych składników krwi. Głównym zadaniem erytrocytów jest przenoszenie tlenu i dwutlenku węgla, co jest możliwe dzięki obecności w nim czerwonego barwnika hemoglobiny, który ma zdolność do nietrwałego wiązania tlenu i przechodzenia w oksyhemoglobinę.

Mężczyzna ma około 5,4 mln/mm<sup>3</sup> erytrocytów w krwi obwodowej, kobieta około 4,5 mln/mm<sup>3</sup>, natomiast noworodek około 7 mln/mm<sup>3</sup>. Ilość erytrocytów w organizmie człowieka może się zmieniać - zależy to m.in. od miejsca, w którym człowiek się znajduje i ciśnienia jakie tam panuje.

Krwinki czerwone nie dzielą się. Nie mogą pełnić normalnych funkcji komórkowych, nie mają też mechanizmu, który mógłby naprawiać powstające w nich z czasem uszkodzenia i po kilku miesiącach użytecznego życia (ok. 120 dni) ulegają zniszczeniu w śledzionie. Organizm musi zatem nieustannie produkować nowe erytrocyty,

### HEMOGLOBINA

Hemoglobina jest syntezowana w szpiku kostnym w komórkach potomnych proerytoblastu, w erytoblastach zasadochłonnych i polichromatofilnych. Dojrzałe erytrocyty rozpadają się w układzie siateczkowo-śródbłonkowym, w śle-

dzionie i wątrobie, uwalniając ze swojego wnętrza hemoglobinę. Częsteczką globiny jest rozkładana na aminokwasy hem zaś jest zmieniony na biliwerdynę, a odciepione atomy żelaza powracają do osocza krwi. Żelazo zostaje ponownie wykorzystane do syntezy hemoglobiny. Biwerdyna metabolizowana do bilirubiny, która w komórkach wątrobowych wiąże się z kwasem glukoronowym i w tej postaci jest wydalana z żółcią do dwunastnicy.

### SCHEMAT BUDOWY HEMOGLOBINY

Cztery zasocjowane podjednostki, z których każda zawiera cząsteczkę hemu (zaznaczoną na zielono). Konformacja łańcuchów peptydowych - tzw. model wstęgowy  
Cząsteczka hemoglobiny jest tetramerem złożonym z dwóch par białkowych podjednostek.

### HEMOGLOBINA

Podjednostki nie są związane kowalencyjnie. Każda podjednostka zawiera, jako grupę prostetyczną (niebiałkową), cząsteczkę hemu. Cząsteczka hemu zawiera położony centralnie atom żelaza (Fe<sup>2+</sup>) umożliwiający jej wiązanie cząsteczek tlenu (O<sub>2</sub>). Jedna cząsteczka hemoglobiny może przyłączyć od jednej do czterech cząsteczek tlenu, co powoduje, że hemoglobina może występować albo w stanie "odtlenowanym" lub w różnym stopniu "utlenowania". Hem nadaje białku (i krwi) czerwony kolor.

### OKSYHEMOGLOBINA

Cząsteczka prostetyczna hemoglobiny –hem, zawierająca atom żelaza dwuwartościowego Fe<sup>2+</sup>, wiąże się z jedną cząsteczką tlenu, tworząc hemoglobinę związaną z tlenem, czyli oksyhemoglobinę (Hb4o8)

### ERYTROCYTOPOEZA

krwinek czerwonych to jest cykl rozwojowy szpiku i łączy czas przypadający na dzielenie, różnicowanie i dojrzewanie, trwa około 5 dni. W szpiku pod wpływem erytropoetyny (glikoproteina, która powstaje w nerkach w czasie obniżenia się prężności tlenu) dochodzi do podziału komórek pnia na dwie komórki potomne.

### ERYTROCYTOPOEZA

- komórka pnia, która pozostaje w puli komórek macierzystych
- proerytoblast, który wstępuje do puli komórek dzielących się.

W komórkach dzielących się jest syntetyzowana w cytoplazmie hemoglobina.

Proerytoblasty, erytoblasty zasadochłonne. I i II, erytoblasty polichromatofilne należą do puli komórek dzielących się.

Pula komórek dojrzewających i rezerwy szpikowej obejmuje erytoblasty ortochromatyczne i retiukocyty. Po utracie jądra komórkowego zmieniają się na retikulocyty i erytrocyty, które opuszczają szpik i przechodzą do krwi obwodowej.

### WĄTROBA-FUNKCJA

magazynuje żelazo i witaminy: A, D,E, oraz niewielkie ilości B12, oraz C, które uwalnia w razie potrzeby neutralizuje toksyny (np. alkohol i inne używki, a także niektóre leki) - głównie barbiturany toksyczny amoniak przekształca w mocznik

### ANEMIA

Niedokrwistość czyli anemia diagnozowana jest w przypadku stwierdzenia niższych niż wskazuje norma wartości hemoglobiny i erytrocytów oraz objawów, jakie im towarzyszą.





Wyróżnia się niemal 100 odmiennych typów niedokrwistości. W związku ze zróżnicowanymi przyczynami wystąpienia choroby, dzieli się ją jednak na trzy główne grupy:

#### PODZIAŁ NIEDOKRWISTOŚCI

- Niedokrwistości spowodowane utratą krwi (organizm traci erytrocyty). Są to niedokrwistości pokrwotoczne.
- Niedokrwistości będące wynikiem upośledzonego wytwarzania erytrocytów (np. w chorobach szpiku, ale też przy braku niezbędnych do tworzenia erytrocytów substancji takich jak żelazo, witamina B12 czy też kwas foliowy). Są to niedokrwistości niedoborowe oraz aplastyczne.
- Niedokrwistości związane ze skróconym czasem życia erytrocytów (przy zwiększonym niszczeniu erytrocytów przez organizm – np. nieprawidłowych erytrocytów). Są to niedokrwistości hemolityczne (hemoliza – rozpad krwinek)

#### PODZIAŁ NIEDOKRWISTOŚCI

Niedokrwistości dzielimy na trzy grupy:

Niedokrwistości spowodowane utratą krwi

Niedokrwistości będące wynikiem upośledzonego wytwarzania erytrocytów:

- niedoborowe
- hipoplastyczne
- aplastyczne
- dysplastyczne

Niedokrwistości związane ze skróconym czasem życia erytrocytów

- zespół hemolityczny wrodzony – zespół hemolityczny nabyty
- zespół hemolityczny mieszany

#### ANEMIA SIERPOWATA

Anemia sierpowata – rodzaj wrodzonej anemii polegającej na wadzie budowy hemoglobiny. Kształt krwinek czerwonych przypomina kształt sierpowaty, co powoduje skłonność do ich rozpadu, czyli hemolizy. Ten typ anemii jest przede wszystkim rozpowszechniony w środkowej i zachodniej Afryce. Chorymi najczęściej są Murzyni i Mulaci. W obecnej chwili nie ma możliwości leczenia tej choroby.

#### ANEMIA ZŁOŚLIWA

Anemia złośliwa spowodowana jest niedoborem witaminy B12. Awitaminoza B12 prowadzi do bardzo poważnego schorzenia krwi, najczęściej będącego wynikiem braku wewnętrznego czynnika krwiotwórczego o charakterze białka, wytwarzanego w żołądku i niezbędnego do wchłaniania witaminy B12 z pożywieniem.

#### NIEDOKRWISTOŚĆ Z NIEDOBORU Fe

1. Niedokrwistość z niedoboru żelaza spowodowana jest niewystarczającym spożyciem żelaza niezbędnego do prawidłowego formowania się erytrocytów. Efektem tego jest zmniejszona wielkość i obniżona masa erytrocytów, obniżenie stężenia hemoglobiny i zmniejszona zdolność krwi do transportu tlenu.

2. Niedokrwistość ta jest najpowszechniejszą USA chorobą z niedoboru mikroelementów, której można zapobiegać.

- Ujawnia się w grupach wiekowych, które charakteryzuje szybki wzrost oraz u kobiet w ciąży i karmiących.
- W USA zapadalność na ten rodzaj niedokrwistości ulega obniżeniu dzięki poprawie w zakresie odżywiania, jak również dzięki programom rządowym: WOMAN, INFANTS, CHILDREN

3. U dzieci występuje typowo między 6 miesiącem a 3 rokiem życia; dzieci w okresie dojrzewania i wcześniaki również należą do grupy zwiększonego ryzyka.

#### OBJAWY-NIEDOKRWISTOŚCI Z NIEDOBORU Fe

spaczone, wybiórczy apetyt (np. na glinę, krochmal, krede), niekiedy wyprzedza niedokrwistość bledność skóry śluzówek i spojówek szorstkość skóry zanik brodawek ból, pieczenie i wygładzenie języka zajady w kącikach ust pieczenie w jamie ustnej i przełyku łamliwość włosów i paznokci osłabienie

#### OBJAWY NIEDOKRWISTOŚCI Z NIDOBORU Fe

•Bóle i zawroty głowy

•Drażliwość spowolnione myślenie zaburzenia koncentracji, apatia, depresja

•Senność

•Okresowe biegunki i zaparcia

•Łamliwość paznokci

•Kruchość, łamliwość i wypadanie włosów

•U dziewcząt zaburzenia miesiączkowania

#### PRZYCZYNY –niedokrwistości z niedoboru Fe

•Niewystarczające spożycie żelaza.

•Obniżenie wchłaniania żelaza.

•Niskie zapasy żelaza w momencie urodzenia.

•Znacząca utrata krwi.

•Zwiększone zapotrzebowanie żelaza w okresach szybkiego rozwoju.

#### PRZYCZYNY

Niedokrwistość pokrwotoczna, jak sama nazwa wskazuje, spowodowana jest utratą krwi. Wśród przyczyn różnorodnych typów niedokrwistości znajdują się: deficyt witamin (szczególnie B12 i kwasu foliowego) i żelaza, uwarunkowania genetyczne, uboczne efekty działania leków, przebyte choroby i urazy.

#### PRZYCZYNY

Niedokrwistości często występuje u osób, które chorują na: przewlekłą niewydolność nerek, cukrzycę, chorobę nowotworową, choroby serca, artretyzm, chorobę zapalną jelit, są zakażone wirusem HIV, nierzadko towarzyszy chorobom nowotworowym, występuje podczas stosowania chemioterapii i radioterapii

#### PODZIAŁ NIEDOBORÓW ŻELAZA

utajony - może być spadek ferrytyny, żelazo w szpiku spada  
jawny - ferrytyna ↓↓, Fe ↓, żelazo w szpiku ↓, natomiast wzrasta: sferaneryna i rozpuszczalny receptor dla transferyny, Hb i MCV - w normie jawny z niedokrwistością - tak jak w jawnej, lecz większe wartości spadku/wzrostu oraz dołącza się spadek Hb i MCV

#### NIEDOSTATECZNE ZAOPATRZENIE W ŻELAZO

- mniejsze zapasy Fe z życia płodowego:
- u dzieci matek, które w okresie ciąży miały niedokrwistość
- niedostateczna podaż Fe w diecie:
- zaburzenia wchłaniania Fe:
- nawracająca, lub przewlekła biegunka
- celiaklia
- zespoły trzewne
- nieprawidłowości anatomiczne jelit

#### NADMIERNE STRATY ŻELAZA:

- straty krwi:
- przewlekłe krwawienia
- choroby pasożytnicze:



### ZWIĘKSZONE ZAPOTRZEBOWANIE NA ŻELAZO

- okres szybkiego wzrostu u wcześniaków
- okres szybkiego wzrostu w okresie dojrzewania

### DZIENNE ZAPOTRZEBOWANIE NA ŻELAZO (wchłonięte):

niemowlę: 1 mg  
dzieci: 1 mg  
młodość: 2 – 3 mg

kobieta miesiączkująca: 2 mg

- zawartość żelaza w diecie:
- w normalnej diecie zawarte jest ok. 10 – 15 mg Fe, z czego wchłania się tylko 10 – 15%
- mleko zawiera ok. 1 – 1,5 mg/l

### GOSPODARKA ŻELAZEM:

w I półroczu życia gospodarka żelazem opiera się głównie na zapasach zgromadzonych w życiu płodowym (głównie ostatnim okresie) i odłożonych z rozpadłych krwinek czerwonych we wczesnym okresie noworodkowym

### BADANIA LABORATORYJNE I TESTY DIAGNOSTYCZNE

W badaniu morfologii krwi stwierdza się niewielkie obniżenie liczby erytrocytów, niskie stężenie hemoglobiny, niski poziom hematokrytu, zmniejszoną średnią objętość krwinki (mikrocytoza) i zmniejszoną średnią zawartość hemoglobiny w erytrocycie (hipochromia)

Stężenie protoporfiryny w erytrocycie ulega zwiększeniu powyżej 35

W testach biochemicznych stwierdza się obniżenie stężenia żelaza, ferrytyny, zwiększona całkowita zdolność wiązania żelaza.

Liczba relikulocytów uzyskana po 10 dniach od momentu wdrożenia terapii może służyć ocenie jej skuteczności

### POSTĘPOWANIE PIELĘGNIARSKIE

1. Ocena obecności takich objawów jak osłabienie (ograniczenie osłabienia) nietolerancja wysiłku fizycznego.

2. Zastosuj przepisane leki lub formy terapii.

Zwykle celem leczenia jest korekta czynnika przyczynowego.

Do możliwych sposobów leczenia można zaliczyć:

Żelazo doustne (siarczan żelaza)

Żelazo parenteralne (dzieci z zaburzeniami wchłaniania lub przewlekłą hemoglobinurią)

Transfuzja krwi (w przypadku niedokrwistości znacznego stopnia, towarzyszącej infekcji, chorób serca lub konieczności wykonywania zabiegu)

3. Zalecaj spożywanie posiłków bogatych w żelazo (np. produktów spożywczych i zbożowych wzbogaconych w żelazo, chudego mięsa, ryb, roślin strączkowych, suszonych owoców, ziemniaków, zielonych warzyw – poza szpinakiem, fasoli chleba pełno ziarnistego) mleko nie powinno stanowić głównego źródła pokarmu. Starsze dzieci mogą spożywać mieszanki orzechowe, pestki z dyni lub słonecznika oraz rodzynki.

4. Edukacja dzieci i rodziny.

a) Podkreśl znaczenie prawidłowego przyjmowania doustnej suplementacji żelaza (nie stosuje się preparatów żelaza w okresie współistnienia zakażenia, zalega ono wówczas niepotrzebnie w układzie makrofagów, lecz się najpierw zakażenie a potem niedokrwistość). ■

WYŻSZA SZKOŁA ZARZĄDZANIA  
W CZĘSTOCHOWIE  
OPRACOWAŁY:  
TYRAŁA MARIA  
KANAFKA EWA

## GODZINY PRACY BIURA OIPI

SEKRETARIAT	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 102/
SEKRETARZ OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 103/
PRZEWODNICZĄCA OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 104/
KASA	pn-cz 9.00 - 14.00	/pok. 302/
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU	pn-cz 8.00 - 15.00	/pok. 302/
OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ	I i III środa miesiąca 15.00 - 18.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.30 - 9.30 środa 14.00 - 16.00	

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie  
OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17.00

**LICENCJATKI  
WYŻSZEJ SZKOŁY  
ZARZĄDZANIA  
W CZĘSTOCHOWIE  
KIERUNEK  
PIELĘGNIARSTWO**

**ROK  
2006 - 2009**

1. Aneta           Gaweł
2. Sylwia         Grzyb
3. Ewelina        Izydorczyk
4. Ewa            Kanafa
5. Małgorzata    Zalewska
6. Barbara        Bulska
7. Małgorzata    Rainholc
8. Anna           Łukasik
9. Małgorzata    Pstrusińska
10. Grażyna      Fucks



# Weź Supergotówkę z pełną ochroną!

Kredyt z pakietem  
**Bezpieczna spłata**



Weź kredyt do 100 000 zł z pakietem Bezpieczna spłata.

- ✓ ubezpieczenie od utraty pracy
- ✓ gwarancja stałej raty
- ✓ wybór dnia spłaty raty
- ✓ automatyczna spłata rat

Przyjdź lub zadzwoń do Placówki db kredyt:

**Częstochowa, al. NMP 3**, tel. (034) 360 68 40

To bank dobrych kredytów.

Grupa Deutsche Bank

