

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie



*Jubileusz X-lecia
Domu Pomocy Społecznej w Lelowie*

WRZESIEŃ 2010r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. M. KOPERNIKA 38

SZKOLENIE Z ETYKI ZAWODOWEJ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH MIEJSKI SZPITAL ZESPOLONY W CZĘSTOCHOWIE



W NUMERZE:

Odpowiedź Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych	1
Uchwały Prezydium ORPiP	2
Kalendarium	2
Pytania i odpowiedzi na temat wykonywania zawodu	3
Informacje	7
<i>Prace autorskie</i>	
Seksualność osób niepełnosprawnych	10
Dializa otrzewnowa. Ambulatoryjna metoda leczenia nerek	14

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

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86

sekretariat@oipip.czest.pl
www.oipip.czest.pl

MILLENIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora
Naczelnego

Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Piąza

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.

MINISTERSTWO ZDROWIA

Departament Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 12.08.2010r

Szanowna Pani Prezes

W odpowiedzi na pisma, kierowane przez organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do Prezesa Rady Ministrów Rzeczypospolitej Polskiej Pana Donalda Tuska oraz Minister Zdrowia Pani Ewy Kopacz, w sprawie projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Wobec uwag i protestów środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, dotyczących zapisów projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, skierowanego do konsultacji zewnętrznych w dniu 15 czerwca 2010 r., którego § 4 określał iż „Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia, przy uwzględnieniu minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 t.j. z późn. zm.). **z tym że sprawowanie opieki w oddziale szpitalnym przez jedną pielęgniarkę lub położną obejmuje nie więcej niż 20 pacjentów w ciągu jednej zmiany.**”, uprzejmie informuję, że inicjatywa umieszczenia przedmiotowego zapisu powstała w związku ze zgłaszanymi przez środowisko zawodowe pielęgniarek i położnych, w tym przedstawicieli samorządu oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych, problemami sprawowania opieki przez jedną pielęgniarkę lub położną nad 30-40 i więcej pacjentami w trakcie dyżuru.

Ustalenie minimalnego poziomu zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej w oddziałach szpitalnych na poziomie jednej pielęgniarki/położnej na 20 pacjentów na jednej zmianie, wychodziło naprzeciw oczekiwaniom środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych, dostrzegającego nadmierne obciążenie i wynikające stąd niedostatki opieki nad pacjentami, zwłaszcza na zmianach popołudniowych i nocnych. Ponadto zakładano, iż będzie to stanowić ważny element niezbędny przy zawieraniu przez świadczeniodawców kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia na wykonywanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego. Proponowana regulacja miała stanowić pierwszy krok w procesie określania zabezpieczenia poziomu opieki pielęgniarskiej/położniczej w kontekście **warunków realizacji świadczeń gwarantowanych** i stanowiła próbę rozwiązania problemu zgłaszanego do Ministra Zdrowia, dotyczącego obsad pielęgniarskich w szpitalach -sprawowanie opieki przez jedną pielęgniarkę nad 40 i więcej pacjentami w trakcie dyżuru. Należy zaznaczyć, iż projektowany przepis wskazywał maksymalną liczbę pacjentów pozostających pod opieką jednej pielęgniarki/położnej i jednocześnie nie stanowił przeszkody do ustalania przez kierowników zakładów opieki zdrowotnej zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej/położniczej w większej liczbie, w zależności od specyfiki zakładu opieki zdrowotnej i rodzaju wykonywanych świadczeń zdrowotnych. W żadnym wypadku treść przepisu nie miała jednocześnie stanowić norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, a tym bardziej modelu opieki pielęgniarskiej/położniczej nad pacjentami. Należy z całą mocą podkreślić, że jedynie dyrektor szpitala, w oparciu o przepisy wydane na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30

sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 t.j. z późn. zm.), ma kompetencje do ustalania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych do celu zapewnienia właściwego poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych stosownie do stanu zdrowia pacjentów i potrzeb pielęgnacyjnych, po zasięgnięciu opinii przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych działających na terenie zakładu.

W związku z tym, iż w ramach konsultacji społecznych zgłoszono szereg uwag do § 4 przedmiotowego projektu rozporządzenia, a także ze względu na brak akceptacji środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych dla proponowanej regulacji, w projekcie skierowanym do dalszych prac legislacyjnych zrezygnowano z umieszczenia kontrolerskiego zapisu dotyczącego wskazania minimalnego poziomu zabezpieczenia opieki pielęgniarskiej w oddziałach szpitalnych na poziomie jednej pielęgniarki/położnej na 20 pacjentów na jednej zmianie. Pozostał natomiast zapis mówiący o tym iż „Świadczeniodawca udzielający świadczeń w ramach hospitalizacji zapewnia całodobową opiekę lekarską oraz pielęgniarską lub położnych we wszystkie dni tygodnia, przy uwzględnieniu minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych ustalonej zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 t.j. z późn. zm.)”.

Z poważaniem

Z-ca Dyrektora

Departamentu Pielęgniarek i Położnych
Jolanta Skolimowska

Jubileusz X lecia Domu Pomocy Społecznej w Lelowie

W dniu 05.09.2010 roku Przewodnicząca ORPIP w Częstochowie na zaproszenie Starosty Powiatu Częstochowskiego, Dyrekcji i Mieszkańców DPS Lelów uczestniczyła w uroczystości Jubileuszu X lecia istnienia Domu Pomocy Społecznej w Lelowie.

Obchody uroczystości rozpoczęła Msza Święta. Następnie Pani Dyrektor Alicja Grzegorzczak powitała zaproszonych gości, a uhonorowanym wręczyła pamiątkowe statuetki. Wieloletnim pracownikom Pani Dyrektor wręczyła pamiątkowe Dyplomy i symboliczną różę, dziękując im za dotychczasową pracę. Zaproszeni goście podczas wystąpienia gratulowali Dyrekcji Placówki osiągniętych sukcesów i życzyli powodzenia w dalszej pracy.

Uroczystość obchodów Jubileuszu X lecia uświetniły występy „Zespołu Rodzina”, mieszkańców DPS Lelów oraz goście zaproszeni z DPS Częstochowa, Turów, Poraj, Blachownia, a także Zespół Ludowy „Ziemia Kroczycka”.

Atrakcjami towarzyszącymi uroczystości były: loteria fantowa, degustacja wyrobów wiejskich oraz grill.

Więcej na temat historii powstania Domu Pomocy Społecznej w Lelowie zamieścimy w następnym numerze Biuletynu Informacyjnego OIPIP w Częstochowie.

Przewodnicząca ORPIP
w Częstochowie
Halina Synakiewicz



Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 27 lipca 2010 roku

- Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:
 - jedną pielęgniarkę na kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne”
 - jedną pielęgniarkę na studia pielęgniarskie drugiego stopnia
- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
 - 1100 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej pielęgniarki i jednej położnej za studia drugiego stopnia

- 500 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej pielęgniarki za studia licencjackie,
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek na kwotę 3.500 zł
- Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Skreślono z rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki.
- W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla pięciu pielęgniarek i jednej położnej.
- Wydano dwie decyzje w sprawie wpisania adnotacji urzędowej o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu dla dwóch pielęgniarek. ■



KALENDARIUM od 02.08.2010 roku do 30.08.2010 roku

03.08.2010r. Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowiska pielęgniarek oddziałowych Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego 01 i Oddziału Terapii Uzależnienia od Alkoholu Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Dr E. Cyrana w Lublińcu.

18.08.2010r. W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie organizacyjne dotyczące przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarki / położnej.

24.08.2010r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.

25.08.2010r W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

25.08.2010r Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w obradach LXIII zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.

26.08.2010r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

26.08.2010r Przewodnicząca OIPIP Pani Halina Synakiewicz oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pani Beata Ciura uczestniczyły w I posiedzeniu Komisji opiniującej kandydatury do Nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy im dra Władysława Biegańskiego w dziedzinie ochrony zdrowia za rok 2009.

30.08.2010r Przewodnicząca OIPIP Pani Halina Synakiewicz oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pani Beata Ciura uczestniczyły w II posiedzeniu Komisji opiniującej kandydatury do Nagrody Prezydenta Miasta Częstochowy im dra. Władysława Biegańskiego w dziedzinie ochrony zdrowia za rok 2009. ■

Jakich informacji o uczniu można udzielić dyrektorowi szkoły?

Ustawa z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t. j. Dz. U. z 2009r. Nr 151 poz. 1217 ze zm.) w art. 21 ust. 1 stanowi, że pielęgniarka, położna ma obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu. Odstępstwa od tej zasady zawiera ust. 2 ww. artykułu, w myśl którego pielęgniarka, położna zwolniona jest z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej w następujących przypadkach:

- 1) gdy tak stanowią odrębne przepisy;
- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Należy również przypomnieć, iż pielęgniarka, położna, z zastrzeżeniem sytuacji, o których mowa w art. 21 ust. 2 pkt 1-3, jest związana tajemnicą również po śmierci pacjenta (art. 21 ust. 3 ustawy o zawodach) oraz, że pielęgniarka, położna nie może podać do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta, bez jego zgody (art. 21 ust. 4 ustawy o zawodach).

Nieodzownym jest również zwrócenie uwagi na prawa pacjenta wynikające z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw pacjenta (Dz. U. z 2009r. Nr 52, poz. 417 ze zm.). Art. 9 ust. 3 ww. ustawy stanowi, że pacjent, w tym małoletni, który ukończył 16 lat, lub jego ustawowy przedstawiciel mają prawo do uzyskania od pielęgniarki, położnej przystępnej informacji o jego pielęgnacji i zabiegach pielęgniarstwie. Natomiast art. 13 ustawy o prawach pacjenta przyznaje pacjentowi prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego. Zgodnie z treścią art. 14 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, w celu realizacji prawa, o którym mowa w art. 13, osoby wykonujące zawód medyczny są obowiązane zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, w szczególności ze stanem zdrowia pacjenta. Przepisu ust. 1 nie stosuje się, w przypadku gdy:

- 1) tak stanowią przepisy odrębnych ustaw;
- 2) zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób;
- 3) pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy;
- 4) zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych innym osobom wykonującym zawód medyczny, uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń.

Istotnym jest postanowienie art. 14 ust. 3 ustawy, albowiem osoby wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych, z wyjątkiem przypadków, o których mowa w art. 14 ust. 2 pkt 1-3, są związane tajemnicą również po śmierci pacjenta.

W celu zapewnienia pacjentowi respektowania jego praw przez wszystkie podmioty udzielające świadczeń medycznych, ustawodawca w art. 4 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta zawarł przepis stanowiący, że w razie zawnionego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać

poszkodowanemu odpowiednią sumę tytułem zadośćuczynienia pieniężnego za doznaną krzywdę na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego.

Przytoczone przepisy prawa nie przewidują możliwości udzielania dyrektorowi szkoły informacji o stanie zdrowia ucznia bez zgody przedstawiciela ustawowego. W szczególności ustawa z dnia 7 września 1991r. o systemie oświaty (t. j. Dz. U. z 2004r. Nr 256, poz. 2572 ze zm.) nie zawiera przepisów uprawniających dyrektora do żądania takich informacji. ■

mec. Iwona Choromańska

Opinia prawna w sprawie braku konieczności uzyskania wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę, która pełni funkcję kierownika niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej

Zgodnie z art. 12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tj. Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 z późn. zm.) zakład opieki zdrowotnej (niezależnie od jego struktury właścicielskiej – publiczny, niepubliczny) może rozpocząć działalność dopiero po uzyskaniu wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, który jest prowadzony przez wojewodę, właściwego ze względu na siedzibę zakładu opieki zdrowotnej na obszarze danego województwa.

Podstawą wpisu do powyższego rejestru jest stwierdzenie przez organ prowadzący rejestr, że zakład opieki zdrowotnej spełnia wymagania określone w art. 9-11 powyższej ustawy (m.in. spełnienie przez pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej odpowiednich wymagań fachowych i sanitarnych, świadczenia zdrowotne udzielane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny oraz spełniające wymagania zdrowotne, określone w odrębnych przepisach, wymóg określenia statusu zakładu opieki zdrowotnej). W przypadku spełniania powyższych wymogów zakład opieki zdrowotnej (także niepubliczny) może rozpocząć działalność. Z kolei prowadzenie indywidualnej praktyki pielęgniarek i położnych zostało odrębnie uregulowane w art. 25 ustawy z dnia 5 lipca 1996r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tj. z 2009r. Dz. U. Nr 151, poz. 1217 ze zm.).

W związku z powyższym prowadzenie działalności w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarskiej, położniczej oraz prowadzenie niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej stanowią dwie różne, niezależne od siebie formy prowadzenia działalności gospodarczej.

Należy wskazać, iż osoby zatrudnione w powyższym zoz-ie, które udzielają świadczeń zdrowotnych nie mają obowiązku uzyskania wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych, gdyż nie prowadzą samodzielnie, odrębnej działalności gospodarczej, która podlegałaby

obowiązkowi wpisu do rejestru działalności regulowanej, lecz udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach funkcjonowania zakładu opieki zdrowotnej. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej nie zawiera żadnych regulacji, które wskazywałyby na obowiązek uzyskania przez pielęgniarkę, położną przedmiotowego wpisu do rejestru indywidualnych praktyk, w szczególności w odniesieniu do pielęgniarek, położnych udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach nzozy i pełniących również funkcje kierownicze w tym NZOZ-e. Podstawowym wyróżnikiem jest więc kwestia udzielania świadczeń zdrowotnych przez powyższe podmioty w ramach funkcjonowania NZOZ-u a nie w formie odrębnie prowadzonej działalności regulowanej.

W związku z powyższym brak jest podstawy prawnej, uzasadniającej konieczność uzyskania wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w ramach niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej. Dotyczy to również pielęgniarek pełniących funkcje kierownicze w NZOZ-e. ■

Opracował:
Przemysław Ośka
Asystent ds. prawnych NRPIP

Zatwierdził:
Iwona Choromańska
Radca prawny NRPIP

Czy położna w wyniku ukończenia odpowiednich form kształcenia podyplomowego może wykonywać zadania właściwe wyłącznie dla pielęgniarki?

Należy podkreślić, iż kształcenie położnych w Polsce było uregulowane odrębnie w stosunku do kształcenia pielęgniarek. **Zawody pielęgniarki i położnej są odrębnymi zawodami medycznymi**, które mają autonomicznie określony zakres kompetencji, udzielanych świadczeń (art. 4 i art. 5 ustawy z 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. (tj. Dz. U. z 2009 r. Nr 151, poz. 1217)). Wymagane kwalifikacje odpowiednio dla zawodu pielęgniarki i zawodu położnej, określa art. 7 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, odrębnie dla zawodu pielęgniarki (ustęp 2, wskazując na szkołę pielęgniarską) oraz dla zawodu położnej (ust. 3 - szkołę położnych).

Dalszą konsekwencją rozdzielności obu zawodów jest określenie standardów kształcenia dla kierunku pielęgniarstwa i kierunku położnictwo wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 12 lipca 2007r. w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów kształcenia, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełniać uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunki (Dz. U. Nr164, poz. 1166). ■

Przemysław Ośka
Asystent ds. prawnych NRPIP
Elżbieta Garwacka – Czachor
Wiceprezes NRPIP

Czy istnieją regulacje prawne dotyczące udziału oraz kwalifikacji pielęgniarek, które wykonują czynności związane z podawaniem środka cieniującego (kontrastu)?

Zgodnie z § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2005 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2005 r. Nr 194, poz. 1625) lekarz posiadający specjalizację z medycyny nuklearnej może zlecić innym lekarzom, technikom elektroradiologii lub pielęgniarkom wykonanie technicznych elementów procedur medycznych, w których używane są produkty radiofarmaceutyczne. Natomiast zgodnie z § 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej oraz diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz. U. z 2008 r. Nr 59, poz. 365) w jednostkach ochrony zdrowia, w których wykonuje się procedury radiologii zabiegowej naczyniowej, zapewnia się podczas trwania procedury opiekę anestezyjologiczną lekarza specjalisty w dziedzinie anestezyjologii i intensywnej terapii oraz pielęgniarki, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki lub która ukończyła kurs kwalifikacyjny z tej dziedziny. ■

Przemysław Ośka
Asystent ds. prawnych NRPIP

Elżbieta Garwacka – Czachor
Wiceprezes NRPIP

Jaki jest zakres wymaganych kompetencji dla pielęgniarki, która zamierza wykonywać szczepienia ochronne?

Zgodnie z obowiązującym § 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 grudnia 2002 r. w sprawie wykazu obowiązkowych szczepień ochronnych oraz zasad przeprowadzania i dokumentacji szczepień (Dz. U. z 2002 r. Nr 237, poz. 2018 z późn. zm.) szczepienia ochronne przeprowadzają lekarze, felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, **którzy odbyli w ramach doskonalenia zawodowego specjalistyczny kurs w tym zakresie**.

Należy również wskazać, iż art. 67 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. Nr 234, poz. 1570) wskazuje, iż **do dnia 31 grudnia 2015 r.** szczepienia ochronne mogą wykonywać lekarze lub felczerzy, pielęgniarki, położne i higienistki szkolne, nieposiadający kwalifikacji określonych na podstawie art. 17 ust. 10 pkt 3 ustawy w zakresie szczepień ochronnych, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. W związku z po-

wyższym, w sytuacji braku ukończenia przedmiotowego kursu, ww. osoby mogą wykonywać szczepienia ochronne **do upływu powyższego terminu**, o ile posiadają 2,5-letnią praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych. ■

Przemysław Ośka
Asystent ds. prawnych NRPIP
Wiceprezes NRPIP
Elżbieta Garwacka-Czachor

Jakie są regulacje prawne dotyczące czasu pracy pielęgniarki pracującej w Zakładzie Radiologii w przypadku oddelegowania na oddział wewnętrzny?

Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (t. j. Dz. U. z 2007r. Nr 14, poz. 89 ze zm.) w art. 39g określa czas pracy pracowników zakładów opieki zdrowotnej.

Zgodnie z generalną zasadą zawartą w art. 39 ust.1 czas pracy pracowników zatrudnionych w zakładzie opieki zdrowotnej, w przyjętym okresie rozliczeniowym nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Jednakże, w myśl art. 39g ust. 3 pkt 1 w związku z art. 39g ust. 5, czas pracy pracowników komórek organizacyjnych (zakładów, pracowni) radiologii, radioterapii, medycyny nuklearnej – stosujących w celach diagnostycznych lub leczniczych źródła promieniowania jonizującego, jeżeli do obowiązków ich należy wykonywanie badań lub zabiegów, asystowanie lub wykonywanie czynności pomocniczych przy badaniach lub zabiegach, obsługa urządzenia zawierającego źródła promieniowania lub wytwarzające promieniowanie jonizujące, lub wykonywanie czynności zawodowych bezpośrednio przy chorych leczonych za pomocą źródeł promieniotwórczych, czas pracy nie może przekraczać 5 godzin na dobę i przeciętnie 25 godzin na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Dla potrzeb ustalenia czasu pracy niezbędne jest określenie komórki organizacyjnej, w której zatrudniony jest dany pracownik. W przypadku oddelegowania pracownika do pracy w oddziale, w którym obowiązuje czas pracy określony w art. 39 ust. 1 tj. 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym, pracownik świadczy pracę w tym podstawowym wymiarze czasu pracy.

Dodać należy również, że listę obecności powinien pracownik podpisywać w oddziale, do którego został oddelegowany i gdzie faktycznie świadczy pracę, natomiast w liście obecności w Zakładzie Radiologii winna być zamieszczona adnotacja wskazująca na oddelegowanie. ■

Iwona Choromańska
Radca prawny NRPIP

Opinia w sprawie zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę anestezjologiczną

Zgodnie z § 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1998 r. Nr 37, poz. 215 ze zm.) lekarz będący w trakcie specjalizacji (a więc również lekarz rezydent) może wykonywać znieczulenie, jeżeli jego praca jest bezpośrednio nadzorowana przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. Przedmiotowy nadzór został również wprowadzony w zakresie prowadzenia przez lekarza rezydenta intensywnej terapii (§ 18 pkt 3 powyższego rozporządzenia). Powyższe rozporządzenie wprowadza więc zasadę bezpośredniego nadzoru nad pracą lekarza rezydenta przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii. W związku z powyższym wykonywanie przez pielęgniarkę anestezjologiczną pracy z lekarzem rezydentem, który nie podlega obowiązkowemu, bezpośredniemu nadzorowi przez lekarza posiadającego specjalizację II stopnia w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, co odbywa się za przyzwoleniem lekarza nadzorującego i dodatkowo bez wiedzy ordynatora oddziału, może rodzić uzasadnione wątpliwości co do prawidłowości przestrzegania standardów postępowania oraz procedur medycznych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii i może prowadzić do zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentów.

Ponadto należy podkreślić, iż zgodnie z § 13 ust. 1 powyższego rozporządzenia lekarz anestezjolog powinien znajdować się w bezpośredniej bliskości pacjenta przez cały czas trwania znieczulenia. Rozporządzenie wskazuje również, iż podczas znieczulenia lekarzowi towarzyszy przeszkolona pielęgniarka. Natomiast zgodnie z § 13 ust. 3 powyższego rozporządzenia lekarz anestezjolog dokonujący znieczulenia może opuścić znieczulanego pacjenta w celu przeprowadzenia reanimacji innego pacjenta, jeśli uzna, że opuszczenie znieczulanego pacjenta nie stanowi bezpośredniego zagrożenia dla jego życia. Tym samym bezpośrednio osobą odpowiedzialną za prawidłowość prowadzenia całej procedury medycznej jest lekarz, a pielęgniarka pełni rolę towarzyszącą, jest współuczestnikiem podczas wykonywania danego świadczenia leczniczego. W związku z powyższym, jeżeli pielęgniarka prowadzi czynności w ramach powyższej procedury medycznej pozostając sama z pacjentem przez 30-40 minut, to przestaje być współuczestnikiem przy udzielaniu danego świadczenia i staje się głównym podmiotem odpowiedzialnym za prowadzenie procedury medycznej, co nie powinno mieć miejsca. ■

Sporządził
Przemysław Ośka
Asystent ds. prawnych NIPIP

Zatwierdził:
Iwona Choromańska
Radca prawny NRPIP

Stan prawny na dzień 14.07.2010 r.

**Czy pielęgniarka poz realizując,
na zlecenie lekarskie, świadczenia
w zakresie zakładania
opatrunków na rany, odleżyny,
oparzenia oraz wykonywania
wlewów dożylnych w domu
pacjenta musi mieć ukończone
kursy specjalistyczne w zakresie
leczenia ran i resuscytacji
krążeniowo-oddechowej?**

Zgodnie z art. 4 ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2009r., Nr 151, poz. 1217) wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, które pielęgniarka wykonuje m.in. poprzez realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji oraz samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Podstawą do realizacji zleceń pozostających w kompetencji pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, wykonującej świadczenia w miejscu pobytu pacjenta, poprzez wizyty domowe, jest udokumentowane skierowanie lekarza, które powinno zawierać między innymi: nazwę zlecanego leku, dawkowanie i drogę podawania lub opis zlecanego zabiegu, oraz czasookres i częstotliwość wykonywania, (§ 13 ust. 5-6 zarządzenia nr 72/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna). Przytoczone zarządzenie nr 72/2009/DSOZ w załączniku nr 3a oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2009r. Nr 139, poz. 1139 ze zm.), określa wymagane kwalifikacje w stosunku do pielęgniarek realizujących świadczenia pielęgniarki poz, które są spójne z art. 5 pkt 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2008r., Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). Wśród ww. kwalifikacji jest wyszczególniony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, który ukończyła wnioskodawczyni.

Natomiast zadania pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej określa załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816). W części II ww. załącznika w pkt 6 są wskazane czynności, które pielęgniarka poz realizuje w zakresie świadczeń leczniczych, zgodnie z odrębnymi przepisami i które obejmują m.in.

- podawanie leków różnymi drogami i technikami zleconymi przez lekarza oraz zgodnie z odrębnymi przepisami, w tym wykonywanie iniekcji dożylnych, podskórnych, śródskórnych oraz wykonywanie wlewów dożylnych;
- zakładanie opatrunków na rany, odleżyny, oparzenia;
- wykonywanie zabiegów pielęgnacyjno-leczniczych w stomiach, przetokach i ranach trudno gojących się w porozumieniu z lekarzem.

Podkreślenia wymaga fakt, iż zgodnie z art. 45 ust. 1-2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza

dentysty (t.j. Dz. U. z 2008r., Nr 136, poz. 857 z późn. zm.) lekarz ponosi odpowiedzialność za zlecane środki farmaceutyczne i materiały medyczne. Natomiast pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za prawidłowe wykonanie zlecenia lekarskiego zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej i ze szczególną starannością (art. 18 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej). Pielęgniarka, zgodnie z art. 22 ust. 1, 3 i 4 wskazanej ustawy, jest zobowiązana do wykonywania zleceń lekarskich odnotowanych w dokumentacji medycznej, ma prawo do uzyskania od lekarza informacji o stanie zdrowia pacjenta, rozpoznaniu, proponowanych metodach diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych i dających się przewidzieć następstwach podejmowanych działań, w zakresie niezbędnym do udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych. W przypadku uzasadnionych wątpliwości pielęgniarka, ma prawo domagać się od lekarza, który wydał zlecenie, by uzasadnił potrzebę wykonania tego zlecenia. Natomiast przepis ust. 5 cytowanego art. 22 przyznaje pielęgniarcie, w wyjątkowych przypadkach, prawo do odmowy wykonania zlecenia lekarskiego, podając niezwłocznie przyczynę odmowy na piśmie. W odniesieniu do czynności samodzielnie udzielanych przez pielęgniarkę w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wyszczególnionych w art. 4 ust. 2 pkt 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, które zostały doprecyzowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540) należy podkreślić, iż przytoczone rozporządzenie dotyczy czynności wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (za wyjątkiem czynności zawartych w § 1 pkt 3 lit. s). Jednakże należy zwrócić uwagę na treść § 5 ust. 1 ww. rozporządzenia, który stanowi, że pielęgniarka zatrudniona w zakładzie opieki zdrowotnej informuje bez zbędnej zwłoki lekarza o samodzielnym wykonaniu świadczeń wymienionych w § 1 oraz o podanych lekach. Zgodnie z § 5 ust. 2 przepis ust. 1 stosuje się odpowiednio do pielęgniarki wykonującej opiekę nad pacjentem poza zakładem opieki zdrowotnej, jeżeli w jej obecności pacjent zostanie objęty opieką lekarską. Wskazane powyżej przepisy § 5 rozporządzenia, a także § 4 i § 9 wskazują na samodzielną zawodu pielęgniarki i możliwość wykonywania niektórych czynności bez zlecenia lekarskiego.

Reasumując, pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej, która posiada wymagane kwalifikacje określone przepisami prawa, a więc ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego i realizuje świadczenia pielęgniarki poz, może wykonywać zlecenia lekarskie w zakresie kompetencji pielęgniarki poz, w tym zakładanie opatrunków na rany, odleżyny oraz wykonywanie wlewów dożylnych nawadniających w domu pacjenta, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816), bez dodatkowych kursów specjalistycznych określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. Nr 210, poz. 1540). ■

Wiceprezes NRPiP
Elżbieta Garwacka-Czachor



Oferta kursów i szkoleń organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

L.p.	Nazwa kursu	Planowany termin kursu	Cena	
			Cena z refundacją*	Całościowa cena kursu
KURS KWALIFIKACYJNY				
1.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	od 15.09.2010r.	1100 zł	1600 zł
KURSY SPECJALISTYCZNE				
1.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07 kurs dla pielęgniarek i położnych	od 03.09.2010r.	200 zł	600 zł
2.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Nr 02/07 kurs dla pielęgniarek i położnych	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	250 zł	500 zł
3.	Szczepienia ochronne Nr 03/08 kurs dla pielęgniarek	od 21.09.2010r.	250 zł	360 zł
4.	Podstawy dializoterapii Nr 08/07 kurs dla pielęgniarek	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	220 zł	320 zł
5.	Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08 kurs dla położnych	od 21.09.2010r.	200 zł	300 zł
KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE				
1.	Zasady dezynfekcji i sterylizacji kurs dla pielęgniarek i położnych	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	80 zł	120 zł
2.	Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego kurs dla pielęgniarek i położnych	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	100 zł	150 zł
3.	Cewnikowanie pęcherza moczowego kurs dla pielęgniarek	06-08.09.2010r.	40 zł	60 zł

* Dla członków OIPiP w Częstochowie regularnie opłacających składki przez dwa lata

Zapraszamy do udziału w szkoleniach:



DYREKCJA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
NEUROPSYCHIATRYCZNEGO W LUBLIŃCU
PRZEPROWADZIŁA KONKURSY
NA STANOWISKA PIEŁĘGNIAREK
ODDZIAŁOWYCH:

KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO
OBJĘCIA STANOWISKA PIEŁĘGNIARKI
ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU
PSYCHIATRYCZNEGO OGÓLNEGO NR. 01
PANIĄ ALINĘ MAŃKA

KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO
OBJĘCIA STANOWISKA PIEŁĘGNIARKI
ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU
TERAPII UZALEŻNIENIA OD ALKOHOLU
PANIĄ MARIOLĘ ZYCH

KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO
OBJĘCIA STANOWISKA PIEŁĘGNIARKI
ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU
PSYCHIATRYCZNEGO DLA DZIECI
I MŁODZIEŻY
PANIĄ KATARZYNĘ WOLAŃSKĄ

Gratulacje wraz z życzeniami pomyślności i sukcesów
zarówno w pracy zawodowej jak i w życiu osobistym
z okazji wygrania konkursu ww Pielegniarkom składa
Samorząd Pielegniarek i Położnych w Częstochowie.

POPRAWIE NAUKĘ I ZABAWĘ PROMUJEMY ZAWÓD PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

Dyrektor Szkoły Podstawowej nr 25 w Częstochowie przy współ-
dziale Okręgowej Izby Pielegniarek i Położnych organizuje:

**II MIĘDZYSZKOLNY KONKURS SZKÓŁ
PODSTAWOWYCH Z ZAKRESU UDZIELANIA
PIERWSZEJ POMOCY PRZEDMEDYCZNEJ
„Uratować znaczy żyć”**

Impreza ma zasięg ogólnopolski, a HONOROWY
PATRONAT objęła WIELKA ORKIESTRA
ŚWIĄTECZNEJ POMOCY. Konkurs odbędzie się
21 września 2010 roku o godzinie 9:00
na terenie Miejskiego stadionu Żużlowego
„WŁÓKNIARZ”

Serdecznie zapraszamy wszystkie pielegniarki
i położne do wspierania i kibicowania naszym
potencjalnym następcom. ■

Prezydium ORPiP w Częstochowie.

Informacja na temat aktualnego zabezpieczenia w krew i jej składniki

MINISTERSTWO ZDROWIA
BIURO PRASY I PROMOCJI
Warszawa, 29.07.2010 roku

INFORMACJA na temat aktualnego zabezpieczenia w krew i jej składniki

Dane dotyczące zapasów krwi monitorowane są na bieżąco.
Codzienne informacje o jej zasobach z regionalnych centrów
krwiodawstwa i krwiolecznictwa przesyłane są do Narodo-
wego Centrum Krwi. Z bieżących raportów oraz analiz wynika,
że wytwarzana obecnie ilość krwi i jej składników pokrywa
zapotrzebowanie krajowej służby zdrowia.

Stan krwi we wszystkich regionalnych centrach krwiodawstwa
i krwiolecznictwa w Polsce wynosi średnio od ok. 10 000 do
30 000 jednostek, które w zależności od potrzeb trafiają do
szpitalnych banków krwi każdego dnia. W okresie letnim
poziom ten kształtuje się w granicach od ok. 10 000 do 20 000
jednostek. Jednocześnie utrzymywana jest stała współpraca
wszystkich regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiole-
cznictwa w zakresie zapewnienia pełnego zabezpieczenia
w krew i jej składniki.

Niedobory krwi i jej składników występują okresowo w ciągu
całego roku, a najdłużej utrzymują się w okresie wakacyjnym.
Jest to spowodowane między innymi większą liczbą wypadków
oraz faktem, że krwiodawcy przebywają w tym okresie na urlo-
pach.

W Polsce każdego dnia - z wyjątkiem weekendów - krew
oddaje około 4 500 dawców. W roku 2009 honorowo krew
oddali 688 060 krwiodawców. Regionalne Centra Krwioda-
wstwa i Krwiolecznictwa dążą do tego, aby z roku na rok liczba
dawców regularnie się zwiększała. Decyzją Ministra Zdrowia
z dnia 26 czerwca 2009 r. wdrażany jest aktualnie program
zdrowotny pod nazwą „Zapewnienie samowystarczalności
Rzeczypospolitej Polskiej w zakresie krwi, jej składników i pro-
duktów krwiopochodnych - okres realizacji lata 2010 – 2014”.■

/-/ Krzysztof Suszek
Dyrektor Biura Prasy i Promocji

**ŚLĄSKI ODDZIAŁ TOWARZYSTWA PROMOCJI JAKOŚCI
zaprasza na IV konferencję
ŚLĄSKA JESIEŃ JAKOŚCI W MEDYCYNIE
– 4 października 2010 roku**

„Bezpieczna medycyna”

Miejsce konferencji :

Dom Lekarza , ul. Grażyńskiego 49a , Katowice

Organizator konferencji :

• Gospodarstwo Pomocnicze przy Centrum Monitorowania
Jakości w Ochronie Zdrowia,



- Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej w Piekarach Śląskich
- Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach
- Śląska Izba Lekarska

Ramowy Program Konferencji :

- Akredytacja , zdarzenia niepożądane
- Konieczne warunki dla zgłaszania zdarzeń niepożądanych
- Błąd medyczny warunkowany ergonomicznie
- Wdrażanie standardów akredytacyjnych w ocenie wizytatora
- Szpital bez bólu , efekty certyfikacji
- Pierwsze doświadczenia związane z prowadzeniem projektu Szpital bez Bólu
- Wdrożenie okołooperacyjnej karty kontrolnej w polskich szpitalach – CMJ
- Monitorowanie opieki w oparciu o wskaźnik resuscytacji krążeniowo - oddechowej

- Organizacyjno – prawne uwarunkowania bezpieczeństwa i higieny pracy pielęgniarek opieki długoterminowej i pielęgniarek środowiskowych
- Czy w polskich szpitalach są potrzebne standardy zarządzania zasobami ludzkimi ?
- Ergonomia – kształtowanie bezpiecznych warunków opieki
- Upadki pacjentów

Rozpoczęcie godzina 9,00

Zakończenie : godz. 14,00

Udział w konferencji jest bezpłatny – każdy z uczestników otrzyma certyfikat

KARTA ZGŁOSZENIA DOSTĘPNA NA STONIE
INTERNETOWEJ www.izbapiel.katowice.pl
Zakładka aktualności / konferencje



POLSKIE TOWARZYSTWO PIEŁĘGNIARSKIE

INFORMACJA PRASOWA



Z ogromnym żalem zawiadamiamy, że w dniu 14 sierpnia 2010 r. w Krakowie zmarła wybitna postać polskiego pielęgniarstwa – dr n. hum. Stefania Poznańska – wspaniały człowiek, pedagog, społecznik.

Urodzona w Jaśle, swoje życie zawodowe związała z Krakowem, gdzie ukończyła szkołę pielęgniarstwa a następnie Uniwersytet. W 1976 r. obroniła rozprawę doktorską na Wydziale Filozoficzno-Historycznym Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

Członek Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, członek Komisji ds. Kształcenia i Nauki, członek Zarządu Oddziału Wojewódzkiego PTP w Krakowie. Reprezentowała PTP na Kongresach Międzynarodowej Rady Pielęgniarek.

Była stypendystką Fundacji Rockefellera (1959-1960) oraz WHO. Od początku powstania Towarzystwa zaangażowana w działalność społeczną w PTP.

Twórczyni pierwszych programów kształcenia pielęgniarek na poziomie akademickim. Przez prawie 20 lat (do 1980 r.) była dyrektorką Państwowej Medycznej Szkoły Pielęgniarstwa w Krakowie.

Członek Rady Naukowej czasopism pielęgniarstkich w tym czasopisma PTP „Problemy Pielęgniarstwa”. Współautor wielu opracowań książkowych m.in. „Pielęgniarstwo wczoraj i dziś”. Odznaczona wieloma odznaczeniami państwowymi oraz Honorową Odznaką Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (1975).

Cześć Jej pamięci.

Warszawa 14 sierpnia 2010 r.

SEKSUALNOŚĆ OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

1. WSTĘP

W Polsce istnieją trzy obszary tabu związane z seksualnością: erotyzm dziecięcy, erotyzm osób niepełnosprawnych i erotyzm ludzi starych. Przedstawicieli tych grup zwykło się traktować jako osoby aseksualne. A przecież istotami seksualnymi jesteśmy od urodzenia do śmierci. Niepełnosprawność nie wyklucza seksualności - podobnie jak kolor skóry, wyznanie czy przynależność partyjna. W 1986 roku Światowa Organizacja Zdrowia przyjęła dokument „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku”. Zawierał on m.in. deklarację: „Zdrowie seksualne jest integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Seksualność stanowi integralną składową osobowości kobiet, mężczyzn i dzieci”. Podkreślono jednocześnie, że problemy życia seksualnego osób niepełnosprawnych to obszar zaniedbany, wymagający szybkiej regulacji. Po dwóch dekadach od przyjęcia dokumentu można odnieść wrażenie, że czas się zatrzymał.

W Polsce rzadko mówi się i pisze otwarcie o potrzebach seksualnych osób z upośledzeniem umysłowym. Jeszcze rzadziej rozmawia się z takimi osobami o seksualności. Panuje przekonanie, że rozmowa na "te tematy" niepotrzebnie tylko rozbudzi ich zainteresowanie seksem.

Boją się z nimi rozmawiać rodzice, nauczyciele, wychowawcy i opiekunowie. Z problemami związanymi z seksualnością osoby niepełnosprawne intelektualnie pozostają często same. - Największym problemem dotyczącym seksualności i zaspokajania potrzeb seksualnych osób niepełnosprawnych w Polsce jest to, że w ogóle nie widzi się tego problemu i nie ma zrozumienia i akceptacji dla potrzeb tych ludzi. Według różnych badań, liczba osób niepełnosprawnych w Polsce to około 6 milionów, czyli około 15% ludności ogółem. Praktycznie co ósmy Polak jest osobą niepełnosprawną.

2. OPISY PRZYPADKÓW

Przykład 1 - Wiek: 24, płeć: K

Od roku moje życie wywróciło się do góry nogami. Miałam stwierdzoną dwupoziomową dyskopatię i była konieczna operacja w wyniku czego pękł mi worek oponowy. Konsekwencją jest uszkodzenie nerwów, zaburzenia w zakresie czucia, oraz najbardziej dolegliwe i przykre nie trzymanie moczu i stolca. Po rocznej rehabilitacji chodzę sama, wolno, ale o własnych siłach. Wróciłam do domu po 4- miesięcznym pobycie w szpitalach. Początki miałam bardzo ciężkie. Nie byłam tą samą osobą, wszystkie rzeczy były dla mnie obce. Tak się składa, że przez chorobę rozpadło mi się także życie prywatne co odbiło się na poczuciu mojej wartości. Na myśl o tym, że mogłabym z kimś być, odczuwam strach przed odrzuceniem i nie zaakceptowaniem mojego ciała.

Przykład 2 - Wiek: 27, płeć: M

Seks niepełnosprawnych pozostaje w naszym kraju tematem tabu! Postronni widzą w nim coś niemal niezdrowego, pracownicy pomocy społecznej dopuszczają istnienie takiego "zjawiska", bo nie wypada inaczej... Uważa się że życie seksualne osób niepełnosprawnych wydaje się "nieestetyczne" i mniej istotne niż życie seksualne osób sprawnych.

Okazuje się, że społeczność "sprawnych inaczej" boryka się w życiu seksualnym z dokładnie tymi samymi problemami, co każda inna. A moja teza na ten temat jest banalna – „niepełnosprawni mogą normalnie kochać i się kochać” także fizycznie... Jestem osobą niepełnosprawną i nie widzę nic złego ani dziwnego w tym, że osoby niepełnosprawne uprawiają seks. Seks osób niepełnosprawnych może być tak samo piękny jak pełnosprawnych. PS. Proszę nie stosować sformułowania "pełnosprawni inaczej" ponieważ jest to obraźliwe.

Przykład 3 - Wiek 32, płeć K

Jestem z mężczyzną na wózku (nienawidzę słów typu niepełnosprawny a tym bardziej kaleka) mieszkamy razem od 1,5 roku i planujemy ślub. Jestem sprawną i podobno atrakcyjną kobietą (nie mnie oceniać). Opinia znajomych: na początku wszyscy prowadzili politykę przeciwko temu związkowi mówiąc, że zmarnuję sobie życie, będę prywatną służącą, poświęcam się w imię Bóg wie czego itp. Dopiero niedawno dali sobie spokój, bo widzą jacy jesteśmy szczęśliwi. Mój mężczyzna każdego dnia mi imponuje. Jest moim prawdziwym przyjacielem a poza tym jest niesamowicie przystojnym facetem. A seks? nie owijajmy w bawełnę, bo na ogół wszyscy się domyślają, że nie jest tak jak zwykle. Posiadam własny zestaw gadżetów i obojgu daje nam to olbrzymią satysfakcję i nie było sekundy, żebym pomyślała o innym mężczyźnie u mojego boku, a tym bardziej o tym, by inny facet mnie dotykał... ja po prostu kocham.

3. ZDROWIE SEKSUALNE NIEPEŁNOSPRAWNYCH

- Zdrowie to integracja biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, ważnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości (WHO).
- Jeśli którykolwiek z tych elementów nie funkcjonuje prawidłowo, cierpią na tym także pozostałe. Brak zdrowia seksualnego może prowadzić do różnorodnych zaburzeń na wielu płaszczyznach życia:
 - zaburzenia zdrowia psychicznego (psychosomatyczne, depresyjne, nerwicowe, itp.),
 - poczucie niskiej wartości,
 - konflikty i napięcia w relacjach partnerskich,
 - drażliwość w kontaktach międzyludzkich.

Seks niepełnosprawnych

- Seksualność ludzka jest fenomenem ogromnie zróżnicowanym. Ujawnia się w wielu poziomach funkcjonowania: fizyczno-chemicznym, biologicznym, psychologicznym, społecznym i duchowym. Podlega rozwojowi, z wiekiem zmienia formę i funkcje. W dużym stopniu jest zależna od potrzeb własnych i relacji z partnerem lub partnerką.
- Każdy ma swoje potrzeby normalne. Może ruchowo czy intelektualnie są upośledzeni, ale to nie wyklucza sprawności seksualnej...
- „W seksie nie ma pełnosprawności, są tylko zaburzenia seksualne”

4. SPOŁECZEŃSTWO WOBEC NIEPEŁNOSPRAWNYCH I ICH POTRZEB

Można wyróżnić dwa zasadnicze typy reakcji otoczenia wobec osoby niepełnosprawnej:

Troska - przyjęcie postawy odpowiedzialności za osobę niepełnosprawną, polegająca również na deklarowaniu gotowości do niesienia bezinteresownej pomocy i współczucia. Odrzucenie – emocjonalne dystansowanie się w celu uniknięcia przykrych emocji, jak np.: wstyd, izolacja, lęk, obrzydzenie itp.

Można obserwować również zmienną reakcję: początkowo członkowie rodziny i znajomi okazują wiele troski oraz zainteresowania, lecz z czasem dochodzi do konfliktów i odrzucenia. W polskim społeczeństwie przeważają reakcje odrzucenia.

W domach z dziećmi niepełnosprawnymi intelektualnie temat ich potrzeb seksualnych stanowi tabu. Część rodziców jest przekonana, że najlepiej nie rozmawiać z dziećmi na "te tematy", bo mogą się tylko niepotrzebnie pobudzić. Inni wychodzą z założenia, że rozmowa z dzieckiem nic nie da, bo choć skończyło 20 czy 40 lat, to wciąż jest na poziomie rozwoju 12-latka.

To jeden z głównych mitów głoszących, że jakkolwiek byłby wiek osób upośledzonych umysłowo, pozostaną na zawsze dziećmi. A dzieci są "aseksualne", więc osoba z upośledzeniem nie może być "seksualna". Stąd już krok do wniosku, że każda aktywność seksualna tych osób jest niewłaściwa, niebezpieczna i należy ją eliminować.

Braki edukacyjne rodziców z zakresu seksualności ich dzieci próbują wypełniać szkoły. Ale nauczyciele są często bezradni. Nie potrafią sobie poradzić z niepełnosprawnymi intelektualnie uczniami przejawiającymi zachowania seksualne, w dodatku publicznie je okazującymi, którzy nie czują potrzeby intymności oraz nie panują nad swoją pobudliwością. Takich uczniów zazwyczaj wyprowadza się z klasy, próbuje odwrócić ich uwagę jakimś zajęciem, stosuje zabawy relaksacyjne albo zapisuje do terapeuty, który zachęca ich do większej samokontroli i unikania oglądania pornografii.

Na wyrabianie odpowiednich nawyków i postaw nierzadko jest już za późno, a tzw. wychowanie seksualne i ukierunkowywanie sprowadza się najczęściej do stałego ich kontrolowania. Edukacja seksualna dzieci i młodzieży jest w Polsce bardzo zaniedbana. Tak naprawdę w procesie kształcenia profesjonalistów: psychologów, lekarzy, pedagogów i nauczycieli, nie podejmuje się tej tematyki.

Na studiach medycznych nie wykłada się seksuologii, dobrze też nie jest na psychologii. A ci wszyscy ludzie później pracują z osobami niepełnosprawnymi, nie mając zupełnie wiedzy na temat seksualności i problemów z nią związanych.

Nauczyciele podobnie jak rodzice obawiają się, że rozmowa z uczniami na temat seksualności sprawi, iż ich podopieczni za bardzo zaczną interesować się seksem. Dominuje więc przekonanie, że dopóki potrzeby seksualne nie ujawniły się u nich samoczynnie, to nie powinno się tej sfery dotykać. Jeszcze większym dylematem jest dla nich pytanie, czy osobom z upośledzeniem umysłowym, u których obserwują silne pobudzenie seksualne powinni udzielać technicznych wskazówek, jak mogą rozładować napięcie poprzez masturbację. Wyjaśnienie oznaczałoby zaprezentowanie im nowych zachowań seksualnych. A tego nauczyciele boją się jak ognia, nie chcą bowiem zostać posądzeni o kreowanie zachowań seksualnych. W środowisku nauczycielskim - o czym piszą zresztą autorzy książki "Wieczne dzieci czy dorośli? Problem seksualności osób z niepełnosprawnością intelektualną" - panuje dość powszechne przekonanie, jakoby osoby niepełnosprawne intelektualnie miały wyjątkowo silny popęd seksualny. Jest to jeden z mitów, z którym od dawna niektóre środowiska próbują się rozprawić. Bezradność i strach przed rozmową na temat seksu z upośledzoną intelektualnie młodzieżą są wzmacniane określonymi przekonaniami światopoglądowymi nie tylko rodziców i nauczycieli, ale również opiekunów i innych specjalistów. Specjaliści, niestety, często przedkładają własny światopogląd nad wiedzę naukową i dobro dziecka. To on często determinuje zakres poznawanej wiedzy oraz sposób jej przekazywania. Młodzież z upośle-

dzeniem umysłowym ma sferę seksualności tak amputowaną przez rodziców, specjalistów i w ogóle przez społeczeństwo we własnej świadomości, że nie potrafi ani rozmawiać o tych sprawach, ani nazwać i zdefiniować tego, co czuje.

W dodatku pewne ich specyficzne właściwości, takie jak otwartość i ufność, powodują, że osoby te są łatwym obiektem molestowania seksualnego. Niewykształcenie u tych młodych ludzi umiejętności obrony przed różnymi zagrożeniami jest po prostu draństwem z naszej strony. Dlatego tak potrzebne jest opracowanie standardów kształcenia z zakresu seksualności wolnych od światopoglądowych obciążeń. Problem dotyczący seksualności i realizacji potrzeb seksualnych osób niepełnosprawnych nie tkwi w osobach niepełnosprawnych intelektualnie, ale w osobach pełnosprawnych, opiekunach, rodzicach i otoczeniu. Nie zdajemy sobie sprawy, jak ważnym elementem całego procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych może być zaspokojenie potrzeb seksualnych, jak duże może to im dać poczucie sensu życia i jak wiele radości. O wiele większa skala problemu występuje w domach pomocy społecznej, w których mieszkają osoby z upośledzeniem umysłowym. W większości są to wciąż domy wyłącznie dla mężczyzn albo kobiet, co dodatkowo pociąga za sobą nowe problemy. Często pomiędzy pensjonariuszami dwóch ośrodków zawiązują się trwałe sympatie. Mimo że pary chodzą ze sobą już wiele lat oraz wyrażają potrzebę wspólnego zamieszkania pod jednym dachem, rzadko daje im się taką możliwość.

W ten sposób skazuje się te osoby na jeszcze większą nienormalność, dodatkowo upośledzając je społecznie. Gdy do ośrodka trafiają osoby o odmiennej płci, w sposób naturalny pojawia się zainteresowanie nimi. Żaden mieszkaniec nie chce być samotny, nie chce żyć tak jak dotychczas w izolacji wśród dużej liczby osób. Oni także szukają drugiej osoby, z którą chcą być szczęśliwi. Osoby z lekkim i umiarkowanym stopniem niepełnosprawności potrafią swoje uczucia i potrzeby zwerbalizować. W ośrodkach robią to, co ludzie sprawni: spotykają się, przebywają w swoim otoczeniu, razem planują wycieczki, spacer, wyjazdy, zapraszają się na kawę. Niekiedy zaczynają ich łączyć głębsze związki uczuciowe. Osoby upośledzone mają jednak często zaburzone poczucie własnej wartości, nie wierzą, że mają szansę zmienić jakość swego życia i z kimś się związać. Dopiero po pewnym okresie chodzenia i akceptacji siebie, zgłaszają pragnienie zamieszkania razem.

W DPS w Pakówce pozwolono zamieszkać we własnych pokojach już kilku takim parom. Pierwszą była Barbara i Tadeusz. Najpierw jednak wyjaśniono im różne kwestie związane z edukacją seksualną, która w dużym stopniu polegała na nauczaniu ich zachowań seksualnych. Ich przykład rozbudził oczekiwania kilku innych par. Po pewnym okresie i zaręczynach także im pozwolono na wspólne zamieszkanie w jednym pokoju. Związki uczuciowe potrafią zmienić całe ich życie, dać nowe motywacje i sens.

Ośrodek w Pakówce to wyjątek, w większości DPS opiekunowie wolą, aby problem seksualności ich podopiecznych rozwiązywali rodzice. Obawiają się, że próba ich rozwiązania przysporzy im jeszcze więcej problemów. Rodzice jednak zabraniają opiekunom kierowania uwagi ich dzieci na jakiegokolwiek sprawy związane z seksem. Niekiedy personel chciałby wprowadzić zmiany, ale sprzeciwia się im dyrektor ośrodka.

Opiekunowie osób niepełnosprawnych intelektualnie często nie wiedzą, co robić z przejawami seksualności podopiecznych. Zachowania auto-seksualne zawstydzają wszystkich poza najbardziej zainteresowanymi. Są jedyną formą intensywniej przyjemności zależnej od osoby niepełnosprawnej umysłowo, jednym z nielicznych stanów, którego wywołanie

leży w jej gestii. Jedzenie, zabawa, odwiedziny podlegają reglamentowaniu, samogwałt - nie. Osoba niepełnosprawna często nie ma świadomości tego, że jej zachowanie może wzbudzać kontrowersje. Skąd ma bowiem czerpać wiedzę o swojej seksualności, jeżeli otoczenie z góry zakłada, że jest jej pozbawiona?

5. ZABURZENIA SEKSUALNE A NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

Gdy pyta się osoby upośledzone umysłowo o potrzebę edukacji seksualnej, wyrażają w większości zainteresowanie tym tematem. Praktyka pokazuje jednak, że ani szkoła, ani rodzina nie zapewnia swoim podopiecznym edukacji, której potrzebę sami odczuwają, a jednocześnie wielu rodziców i nauczycieli jest zaniepokojonych niektórymi zachowaniami seksualnymi. Gdy takie zachowania się pojawiają, opiekunowie nie wiedzą, jak zareagować. Wśród najczęściej wymienianych problemów są:

- publiczne onanizowanie się (w szkole, na ulicy),
- publiczne obnażanie się,
- mniejsza kontrola potrzeb seksualnych (próby odbycia stosunku w szkole, używanie do tego celu zabawek pluszowych, namawianie do aktywności seksualnej innych osób, napastowanie w tym celu słabszych, uległych),
- zbyt otwarte i ufne zachowania w stosunku do znajomych i nieznajomych osób: rzucanie się im na szyję, całowanie, ściskanie, dotykanie genitaliów (co może być odczytane jako prowokacja),
- problemy z zachowaniem higieny (miesiącza, nocne polucie),
- problem z antykoncepcją, obawy o zakażenie chorobami przenoszonymi drogą płciową,
- używanie wulgarnego słownictwa,
- promiskuitizm,
- obawy o wykorzystanie seksualne.

Zaburzenia seksualne a niepełnosprawność

Czynniki organiczne, psychogenne i społeczno-kulturowe, a w wielu przypadkach złożone ich zespoły stanowią podstawę zaburzeń seksualnych osób niepełnosprawnych

Do najczęściej spotykanych zalicza się:

1. Osobowość (cechy historyczne, lękowe, zahamowanie, niska samoocena itp.),
2. Negatywne i lękowe postawy (niskie poczucie własnej wartości, postawa wobec siebie, własnej seksualności i seksu),
3. Doświadczenia seksualne (negatywne lub brak),
4. Charakter aktualnego związku (oczekiwania partnera i jego seksualne cechy),
5. Postawa wobec leczenia (negatywne doświadczenia z czasów rehabilitacji),
6. Postawy społeczne (odrzućenie, rygorizm religijny lub wychowawczy).

Przyczyny problemów w funkcjonowaniu seksualnym powstałe w wyniku chorób i niepełnosprawności

- Zaburzenia hormonalne - androgeny wpływają na ogólną aktywność seksualną,
- Zaburzenia metaboliczne (np. cukrzyca) często wiążąca się z rozwojem zaburzeń seksualnych,
- Choroby układu krążenia - są ważnym czynnikiem psychologicznym zaburzeń seksualnych,
- Urazy lub zaburzenia rdzenia kręgowego - mogą być przyczyną impotencji, zaburzeń wytrysku, obniżenia libido, bolesnych wytrysków, orgazmów anestetycznych, dyspareunii,

- Zaburzenia i choroby psychiczne - często powodują zaburzenia seksualne.

Najczęściej spotykane zaburzenia

- Awersja seksualna
- Obniżenie siły potrzeby seksualnej
- Zaburzenie lubrykacji lub erekcji
- Dyspareunia
- Zaburzenia Libido
- Przedwczesny wytrysk
- Zaburzenie orgazmu
- Pochwica
- Deformacja anatomiczna narządów płciowych

Istotne jest to, czy wychowawcami kieruje lęk, czy dobro osób im powierzonych. Opiekunowie powinni być animatorami szczęścia podopiecznych i par, które zawiązały się już w ośrodkach, a które przechodzą przez różne problemy. Nie powinni także starać się zaspokoić własnych zawodowych ambicji, a jedynie rozwiązywać problemy tych ludzi, mimo że budzić to może pewne kontrowersje.

Problemów w ośrodkach jednak nie ubywa, wręcz przeciwnie - pojawia się ich coraz więcej. Wśród nich jest przemoc i agresja na tle seksualnym. To temat tabu, który rzadko się porusza, choć problem dotyczy wielu domów. Przemoc seksualna pomiędzy pensjonariuszami w domach pomocy to problem, o którym mało się mówi. Możliwe, że przemoc jest wyrazem formy zastępczej rozładowania napięcia seksualnego. Wychowawcy próbują kontrolować i zaglądać do pokoi, w których mieszka dwóch lub więcej podopiecznych, ale w praktyce nie są w stanie wychwycić wszystkich sytuacji. Dodatkowo niespodziewane wejście do pokoju może wiązać się z ingerencją w intymność kogoś z podopiecznych, który rozładowuje swoje napięcie seksualne. Pociągając to może dodatkowe lęki oraz frustracje. Przemoc seksualna w ośrodkach to typowe zjawisko podobne do tego, jakie występuje w więziennictwie. Wynikają one z wad systemowych oraz są związane z brakiem edukacji. Jeżeli w ośrodku jej nie ma, jeśli jest zła atmosfera wokół seksualności mieszkańców, jeżeli nie ma rozwiązań pozwalających rozładować im napięcie seksualne, to seks kojarzy się im z samymi negatywnymi emocjami. Wychowanie polega natomiast na tym, aby seks wiązać z emocjami pozytywnymi, a tam gdzie nie jest to możliwe, z neutralnymi.

Innym problemem w ośrodkach jest częste występowanie wśród mieszkańców zachowań o charakterze homoseksualnym, niekiedy również tworzenie się związków homoseksualnych. W każdej populacji są osoby homoseksualne, więc mogą być i w domach pomocy. Należy pamiętać, by odróżnić bycie osobą homoseksualną z punktu widzenia jej preferencji oraz z powodu warunków, które takim kontaktom mogą sprzyjać. W ośrodkach rzadziej mamy do czynienia z osobami o preferencjach homoseksualnych, natomiast częściej z sytuacjami zachowań homoseksualnych. Inaczej mówiąc, mężczyzna w takim ośrodku, gdyby mógł mieć kontakt seksualny z kobietą, to wolałby go mieć, ale ponieważ kobiet nie ma, więc drugiego mężczyznę traktuje w kategoriach zastępczych, jako obiekt, który pozwoli mu rozładować napięcie seksualne np. poprzez wzajemną masturbację. To samo dotyczy kobiet. Podopiecznym udaje się czasami kupić czasopisma i filmy erotyczne, które skrzętnie chowają przed personelem. W jednym z ośrodków złapano posiadacza takiej kasety, odebrano mu ją, a jego skarcono. Chłopak nie mógł zrozumieć, dlaczego mu się tego zabrania i dlaczego z tego powodu zrobiono awanturę. Za obecną sytuację obwinia się oprócz rodziców, dla których seksualność ich dziecka niepełnosprawnego intelektualnie to



temat tabu, także administrację państwową, która nie podejmuje działań systemowych dotyczących edukacji seksualnej. Chociaż jest trochę światłych rodziców, nauczycieli oraz kilka domów pomocy, które zapewniają możliwość istnienia związków i par osób niepełnosprawnych intelektualnie, zapewniają mieszkańcom intymność, a także wspomagają stosowanie antykoncepcji, to odpowiedzialność za patologiczną sytuację ponosi ministerstwo, które nie ma pomysłu, jak to zrobić, a prawdopodobnie i rozeznania, jaka jest sytuacja. Jedynym skutecznym rozwiązaniem pozostaje odwaga nauczycieli, personelu i dyrektorów ośrodków, którzy bez specjalnego rozgłosu wprowadzają własne programy. Powoli jednak coraz więcej pracowników ośrodków, rodziców oraz pedagogów zaczyna mówić głośno o tych problemach. Bo jak długo można udawać i ukrywać, że ich nie ma? Dorośli jak zwykle kłócą się o seks, a zapominają o istocie problemu: że pozostaje nieszczęśliwy człowiek, który w różny sposób karany jest za swoje potrzeby i zachowania o charakterze seksualnym

6. TELEWIZJA I PRASA O PROBLEMIE SEKSUALNOŚCI

Deformacje cielesne, brak kończyn, blizny po zabiegach operacyjnych czy chemioterapii raczej nie podnoszą atrakcyjności seksualnej człowieka. Nieprawne ciało, nieskłonne do przyjęcia pozycji pozwalającej na odbycie aktu seksualnego, a nieraz ból towarzyszący każdemu ruchowi potęgują te problemy. To, co więc dominuje w odczuciach wielu osób niepełnosprawnych, to obawa przed nieadekwatnością do roli współmałżonka czy kochanka i lęk przed odrzuceniem. Uczucia i pragnienia zmysłowe są więc często ukrywane, a otoczenie z poczuciem ulgi może uznać osobę niepełnosprawną za aseksualną. Dnia 15 lutego 2010 roku około godziny 22.00 w telewizji na kanale CANAL + wyemitowano film „Miłość bez barier” w reżyserii Samantha Campredon i Francois Chayee. Opowiada on o tym jak ludzie niepełnosprawni dążą do tego by być kochanym, by móc poczuć jak to jest przytulić się do kogoś kochanego i wreszcie zrealizować marzenia o współżyciu. Ten dokument zrobił na mnie kolosalne wrażenie, zmusił do niecodziennych przemyśleń. Warto obejrzeć by móc zrozumieć co czują Ci ludzie. Poruszono tam temat „seksualnych asystentów” dotarłam do artykułu na ten temat. Autorką jest psychoterapeutka pilotująca projekt szkolenia takich asystentów Aih Zemp.

Pytana o to, czy jest jakaś różnica między "pomocą seksualną" a prostytutką, odpowiada nerwowo: - prostytutka bierze ok. 120 franków szwajcarskich za 10 minut pracy. Godzina naszej fachowej pomocy seksualnej będzie kosztowała 150 franków. 10 minut w wykonaniu zwyczajnej prostytutki to za mało dla człowieka na wózku, nie mówiąc już o okazywaniu wrażliwości i zrozumienia. Tego nie można zamówić w agencji towarzyskiej. Niepełnosprawni też pragną seksu. Ale im dużo trudniej jest zaspokoić pragnienia - dodaje. Zemp działa w organizacji Fabs (Niepełnosprawni i Seksualność). Namówiła federalne MSW, by wyłożyło na jej projekt 175 tys. franków szwajcarskich (ok. 430 tys. zł). Kolejne 50 tys. dały władze dwóch kantonów, a 22 tys. pochodzi z różnych organizacji charytatywnych. W przyszłym roku obiecały dalsze subsydia. Fabs jako jedyna organizacja w Szwajcarii zajęła się problemem seksualności niepełnosprawnych. Nie ogranicza się tylko do wydawania broszurek czy organizowania warsztatów psychologicznych. Od dwóch lat zatrudnia trzech mężczyzn i kobietę, którzy świadczą odpłatnie masaż erotyczny niepełnosprawnym.

Od wiosny przyszłego roku Fabs chce rozszerzyć swoje usługi. Szkoli "seksualnych asystentów", którzy będą za pieniądze uprawiali pełny seks z niepełnosprawnymi. Zemp zastrzega, że

nie chodzi o stręczycielstwo. "Asystenci" zgadzają się na pracę z niepełnosprawnymi dobrowolnie i przechodzą kompleksowy trening psychologiczny, ucząc się wrażliwości na potrzeby ludzi na wózkach. Granica jest na tyle cienka, że wielu szwajcarskich psychologów kręci z niechęcią głowami. Ale szwajcarska psychoterapeutka upiera się, że wybrana przez nią metoda jest właściwa. Stawia na szali swój autorytet i własne doświadczenie bycia niepełnosprawnym. Urodziła się z kikutami nóg i rąk, ale po bolesnej rehabilitacji nauczyła się z tym żyć, nie korzystając z protez. Od wielu lat zajmuje się psychologią ludzi niepełnosprawnych. W 1977 r. wystąpiła wraz z mężem w głośnym w krajach niemieckojęzycznych filmie dokumentalnym "Niepełnosprawna miłość".

7. PODSUMOWANIE

Osoby niepełnosprawne intelektualnie, które, dzięki mądrym wysiłkowi wielu ludzi, prowadzą normalne życie właściwe do swojego wieku, mają szanse przeżywać sympatie, zazdrość, zawody tak jak wszyscy. Nie trzeba się tego bać, zakazywać czy uniemożliwiać. Wcale nie zawsze, a wręcz nawet - rzadko - musi to wiązać się nierozdzielnie z seksem. Wiele lat kontaktów z osobami niepełnosprawnymi pozwala mi postawić tezę, że - w ogromnej większości - nie są one specjalnie pobudzone seksualnie. Zdarzające się przypadki masturbacji bez zachowania intymności raczej biorą się z nieznanomości społecznie akceptowanych form zachowania. Zachowania homoseksualne i nasilona masturbacja występują u osób żyjących w warunkach głębokiej depriacji - beczynności, nudy, braku satysfakcjonujących kontaktów interpersonalnych, samotności lub nadmiernym stłoczeniu, zwłaszcza w jednopłciowym środowisku. Należy wspierać osoby z upośledzeniem umysłowym, wykorzystując sposoby będące w powszechnym użyciu, a jednocześnie starać się nie traktować seksu jako obowiązującej technicznej aktywności, którą trzeba stymulować. Jest wielu ludzi, którzy rezygnują z życia seksualnego i wówczas ważne jest, aby takie osoby znajdowały inne satysfakcje.

Warto też stwierdzić, że osoby niepełnosprawne intelektualnie są w stanie również w dziedzinie seksu podejmować odpowiedzialne decyzje, trzeba je w tym tylko wspierać. Uważam, że ponieważ każda osoba jest całością, niezbędne jest dbanie o zaspokajanie jej wszystkich potrzeb. W istotnej większości przypadków osoby niepełnosprawne spędzają okres dzieciństwa i dojrzewania w izolacji od rówieśników. Mają często ograniczony dostęp do wiedzy, przez selektywne nauczanie w systemie kształcenia indywidualnego. Czynniki te prowadzą do opóźnionego procesu identyfikacji własnej seksualności, przebiegającej np. w formie zabaw pseudo-seksualnych (przedszkolna zabawa w lekarza). Ponadto występująca izolacja upośledza kształtowanie się wzorców interakcji międzyludzkich. Może to prowadzić do rozwoju postaw alienacji społecznej.

Bardzo ubogie doświadczenia i odebrane bodźce w tym czasie wpływają na niski poziom mentalizacji potrzeby, co z kolei często wyraża się w braku jej aktywizacji. Znamiennym przykładem jest odnotowany spadek o 30% częstotliwości masturbacji wśród dojrzewających niewidomych chłopców w porównaniu do grupy chłopców widzących. Ponadto u dorastającej młodzieży niepełnosprawnej dochodzi często do rozwoju poczucia wstydu związanego z własną seksualnością, niekiedy wzmacnianego przez nieodpowiednie metody wychowawcze. Przykładem może być zbytne wyolbrzymianie znaczenia rehabilitacji i traktowanie jej jako substytucyjnej formy zaspokajania potrzeby seksualnej. Stworzenie odpowiednich sytuacji oraz wyrobienie zdolności, umiejętności nawiązywania

i utrzymywania głębszych stosunków międzyludzkich, na bazie których rozwija się wartościowy związek uczuciowy i seksualny, jest sprawą bardzo ważną. Pomoc w tym zakresie powinna skoncentrować się na:

- wychowaniu seksualnym łącznie z socjalizacją,
- wypracowaniu ogólnej dojrzałości społecznej i psychicznej ze szczególnym uwzględnieniem odporności na stres,
- umiejętności przeżywania sukcesów i porażek,
- kształtowaniu osobowości akceptującej siebie,
- korygowaniu nierealnych oczekiwań i rodzącego się lęku,
- właściwej postawy wobec swojej niepełnosprawności, potrzeb i problemów seksualnych.

Porozumienie się partnerów w sferze seksualnej, podobnie jak w innych dziedzinach stosunków międzyludzkich, przyjęcie wspólnego celu: miłości, akceptacji, pożądanej przez dwojga partnerów, bez poczucia winy z powodu odmienności, odbiegania od standardów, jest podstawą szczęśliwego życia dwojga ludzi.

Andżelika Wróbel

8. BIBLIOGRAFIA

1. Bassam A: Seksualność osób niepełnosprawnych aktualne zadania i wyzwania. Przegląd Terapeutyczny 5/2008
2. Ostrowska A. : O seksualności osób niepełnosprawnych. Warszawa 2007. Instytut Rozwoju Służb Społecznych.
3. Patkiewicz J. : Problemy barier rozwoju dzieci i młodzieży niepełnosprawnej. Wrocław 1998. Polskie Towarzystwo Walki z Kalectwem Oddział Wojewódzki we Wrocławiu.
4. Pawlicki J. Seksualni asystenci dla niepełnosprawnych. Gazeta Wyborcza 2006, 120 (3)
5. Stanisławski P.: Seks upośledzany. Integracja 4/2004 (14-18)
6. Witkowski T. : Rozumieć problemy osób niepełnosprawnych. Warszawa 1993. MDOB – Orioniści.
7. www.niepełnosprawni.pl Seks zrehabilitowany. Tomasz Winiecki
8. www.psychologia.net.pl Niektóre Psychologiczne aspekty problemów seksualnych w związku z niepełnosprawnością. Andrzej Lipczyński
9. www.bardzejkochani.pl Partnerstwo, przyjaźń i seksualność. Urszula Korzeniowska
10. www.kafeteria.pl Seks z niepełnosprawnym. Bołtryk M.
11. www.białystok.edu.pl Postawy rodziców wobec seksualizmu osób niepełnosprawnych umysłowo. Oriszczuk M. ■

Dializa otrzewnowa Ambulatoryjna metoda leczenia nerek

Opis przypadku

Do oddziału dializ został przyjęty 40 letni pacjent w trybie planowym. W chwili przyjęcia chory skarżył się na ogólne osłabienie, bóle głowy, świąd skóry, niewyraźne widzenie. Po wykonaniu badań stwierdzono nadciśnienie tętnicze, zaburzenia metaboliczne, przewodnieniu organizmu – obrzęki. Pacjent przejawiał niewielkie odchylenia w sferze psychiki ze względu na zaburzenia mocznicowe.

Pacjent od 6 lat cierpi na przewlekłą niewydolność nerek. Przez ostatnie lata leczony w szpitalu, w poradni nefrologicznej. Ze

względu na nasilenie się objawów chorobowych, oraz braku skuteczności dotychczasowego sposobu leczenia, chorego zakwalifikowano do leczenia nerkozastępczego poprzez wykonywanie dializy otrzewnowej. Decyzja o tym sposobie leczenia podjęta była w uzgodnieniu z pacjentem. W perspektywie dalszej pacjent został zarejestrowany do przeszczepu nerek. W okresie przeddializacyjnym chory został poinformowany o sposobie przygotowania do dializy otrzewnowej, miejscu założenia cewnika, przebiegu dializy, samoopiece w dializie, ewentualnych powikłaniach.

Po wykonaniu badań dodatkowych stwierdzono podwyższony poziom kreatyniny, stężenie potasu we krwi powyżej 7,5 mEq/l, mocznik powyżej 250 mEq/l, obniżone wartości morfotyczne krwi. Analiza moczu wskazała obecność białka, krwinek czerwonych, a ciężar właściwy moczu wynosił 1010.

U chorego wdrożono procedury leczenia zgodnie ze standardami zalecanymi w danej placówce leczniczej. Pacjent został umieszczony w łóżku i poddany wnikliwej obserwacji ciśnienia tętniczego krwi, tętna, świadomości, obrzęków. Po założeniu dojścia dożylnego choremu przetoczono płyny, pobrano również krew na powtórne badania laboratoryjne. Obserwacja obejmowała również ilość wydalonego moczu w stosunku godzinowym, a także objętość płynu przyjętego. Drogą dożylną pacjentowi podano leki zgodnie ze zaleceniami lekarskimi.

Dializa otrzewnowa

Dializa otrzewnowa jest formą dializy wewnątrzbłonowej, pozwalającej choremu na przeprowadzenie zabiegów dializ w warunkach domowych. Polega ona na podawaniu płynu dializacyjnego do jamy brzusznej przez specjalny cewnik Tenckhoffa wprowadzony do jamy otrzewnej. Każdy zabieg wykonywany jest samodzielnie przez pacjenta, a w szczególnych sytuacjach przez opiekuna. Wprowadzony do jamy otrzewnej za pomocą cewnika Tenckhoffa płyn dializacyjny, „obmywając” naczynia krwionośne, powoduje usuwanie z nich toksyn mocznicowych, nadmiaru wody i wyrównanie zaburzeń związanych z przewlekłą chorobą nerek w zaawansowanym stadium. [14]

Dializa otrzewnowa jest jedną z metod leczenia nerkozastępczego. Polega na przechodzeniu wody i cząsteczek przez błonę półprzepuszczalną. W dializie otrzewnowej taką rolę pełni błona otrzewnowa, która wyściela jamę brzuszną i pokrywa znajdujące się w niej narządy (żołądek, jelita). Proces dializy zachodzi między płynem dializacyjnym znajdującym się w jamie otrzewnej a krwią przepływającą przez naczynia włosowate w błonie otrzewnowej. [6]

W czasie dializy otrzewna działa w warunkach dla siebie niefizjologicznych: po pierwsze dlatego, że znajduje się w organizmie będącym pod wpływem toksyn mocznicowych, oraz dlatego, że podczas dializy kontaktuje się z płynem dializacyjnym, odbiegającym swoim składem od płynów ustrojowych.

Substancje usuwane z ustroju do płynu dializacyjnego dostarczane są do otrzewnej drogą naczyń krwionośnych, zapewniających ukrwienie otrzewnej. Istotna rola przypada włosniczkom otrzewnowym, najdrobniejszym naczyniom, pozostającym w bezpośrednim kontakcie z błoną otrzewnową. Substancje dostarczone do otrzewnej w strumieniu krwi przenikają ze światła włosniczek przez pory pomiędzy komórkami śródbłonna naczyniowego, a także przez same komórki i ich błonę podstawną do tkanki śródmiąższowej, w której włosniczki się znajdują. Gdy tkanka śródmiąższowa jest gruba transport cząsteczek jest utrudniony i skuteczność dializy mniejsza. Po przejściu przez tkankę śródmiąższową sub-

stancja usuwana z krwi przenika przez błonę podstawną komórek międzybłonka otrzewnej, pory między tymi komórkami oraz same komórki, aby w końcu dotrzeć do płynu dializacyjnego, wypuszczonego przez cewnik dializacyjny do jamy otrzewnej. W warstwie „stojącej” płynu dializacyjnego gromadzą się substancje przenikające z krwi, a ruchy płynu dializacyjnego, wywołane poruszaniem się chorego i perystaltyką jelit, pomagają w przemieszczaniu się substancji do głębszych warstw płynu. Transport poprzez otrzewną ma charakter dwukierunkowy, to jest może odbywać się z krwi do płynu dializacyjnego (jak np. transport toksyn mocznicowych) lub w kierunku odwrotnym, czyli z płynu dializacyjnego do krwiobiegu (np. obecnych w płynie dializacyjnym mleczanów i glukozy).

Wielkość transportu cząsteczek poprzez otrzewną zależy nie tylko od oporu, jaki stawiają cząsteczką struktury otrzewnej (komórki śródbłonka i międzybłonka otrzewnej, błony podstawne, tkanka śródmiażdżowa, warstwa stojąca płynu dializacyjnego), ale także od powierzchni otrzewnej dostępnej do transportu. Powierzchnia ta równa jest w przybliżeniu powierzchni ciała ludzkiego, ale w czasie dializy cała powierzchnia może nie być w pełni wykorzystana do transportu, np. gdy są zrosty wewnątrzożłobkowe lub gdy na powierzchni otrzewnej gromadzi się włóknik. Dla dializy ważna jest więc tak zwana efektywna powierzchnia otrzewnej, a więc ta część anatomicznej powierzchni, która uczestniczy w transporcie przez błonę otrzewnej.

Chorzy różnią się przepuszczalnością otrzewnej. Otrzewna ścienna bardziej ogranicza transport niż otrzewna trzewna. Dla transportu małych cząsteczek istotna jest liczba porów przypadająca na jednostkę powierzchni otrzewnej. Dla cząsteczek większych istotnym ograniczeniem transportu jest średnica porów. Przez otrzewną łatwiej przenikają cząsteczki małe, np. mocznik, niż duże, jak np. albuminy. Łatwiej transportowane są cząsteczki o elektrycznym ładunku dodatnim lub obojętnym niż cząsteczki naładowane ujemnie, które „odpychane” są przez naładowane ujemnie struktury błony otrzewnej. Transport zależy od kształtu cząsteczki, jej powinowactwa do wody oraz od rozpuszczalności w tłuszczach.[4]

Anatomia funkcjonalna otrzewnowej

Otrzewna stanowi błonę surowiczą, wyścielającą jamę otrzewnową (ludzie dorośli 1-2 m²). Dzieli się na dwie części: otrzewną trzewną pokrywającą jelita oraz inne trzewia oraz otrzewną ścienną pokrywającą ściany jamy brzusznej.

Otrzewna trzewna stanowi w przybliżeniu około 80% całkowitego pola powierzchni tego narządu i zaopatrywana jest w krew z tętnicy kręzkowej górnej, podczas gdy jej drenaż żylny odbywa się na drodze układu systemu wrotnego.

Otrzewna ścienna odgrywającą ważniejszą rolę w dializie otrzewnowej, jest zaopatrywana w krew z tętnicy lędźwiowej, tętnic międzyżebrowych oraz nadbrzuszných, natomiast droga odpływu żylnego prowadzi do żyły głównej dolnej.

Błona otrzewnowa pokryta jest pojedynczą warstwą komórek mezotelialnych, wyposażonych w mikrokosmki, wytwarzających cienką warstwę płynu o cechach przypominających „smar”. Pod warstwą mezotelium znajduje się tkanka śródmiażdżowa, składająca się z materiału o cechach podobnych do żelu zawierającego włókna kolagenowe oraz włókna innego pochodzenia, jak również włosowate naczynia krwionośne i pewną liczbę naczyń limfatycznych

Modele transportu przez otrzewną:

1) „Trójpory” – krwionośne naczynia włosowate stanowią najważniejszą barierę dla transportu przez otrzewną oraz, że w transporcie wody przez otrzewną, jak i substancji w niej roz-

puszczonych, pośredniczą występujące w tej błonie pory o trzech różnych rozmiarach:

- a) pory duże o śr. 20-40 nm.
- b) pory małe o śr. 4,0-6,0 nm.
- c) ultra-małe pory o śr. < 0,8 nm.

2) Model dystrybucji – Koncepcja przedstawiająca znaczenie rozmieszczenia krwionośnych naczyń włosowatych w obrębie błony otrzewnej i odległości, którą woda oraz substancje w niej rozpuszczone mają do przebycia ze światła kapilar przez komórki śródmiażdżu do mezotelium.[4]

Fizjologia transportu otrzewnowego

Transport otrzewny składa się z trzech równocześnie zachodzących procesów:

- A. Dyfuzja – Rozpuszczone w wodzie toksyny mocznicowe oraz potas przenikają zgodnie z gradientem stężeń krwi naczyń włosowatych otrzewnej do znajdującego się w jamie otrzewnej płynu dializacyjnego, podczas gdy glukoza, mleczany i w mniejszym stopniu wapń przenikają w kierunku odwrotnym.
- B. Ultrafiltracja – Ultrafiltracja jest konsekwencją istnienia gradientu osmotycznego między hipertonicznym płynem dializacyjnym a hipotonicznym środowiskiem krwi włosowatych naczyń krwionośnych otrzewnej. Czynnikiem odpowiedzialnym za występowanie ultrafiltracji jest obecność wysokich stężeń glukozy w płynie dializacyjnym.
- C. Wchłanianie płynu – Wchłanianie płynu dializacyjnego odbywa się drogą układu limfatycznego i przebiega na stosunkowo stałym poziomie. Nie towarzyszy mu efekt „przeniesienia”, dlatego też ostatecznie proces ten przeciwdziała usuwania płynu oraz substancji w nim rozpuszczonych. Tylko nieznaczna część absorbowanego płynu wchłaniana jest bezpośrednio do części przedprzeponowej układu limfatycznego. Pozostały płyn przedostaje się do tkanek tworzących ścianę jamy brzusznej przez otrzewną ścienną, z tkanek tych w następnej kolejności płyn drenażowany jest przez naczynia układu limfatycznego oraz przez naczynia krwionośne otrzewnej.[2]

Test równoważenia otrzewnowego (PET)

Transport otrzewnowy ocenia się, posługując się wskaźnikami równoważenia między płynem dializacyjnym a osoczem krwi dla substancji, takich jak: mocznik, kreatynina, sód itp. Za pomocą wskaźników równoważenia można dokonywać pomiarów przede wszystkim łącznych efektów dyfuzji oraz ultrafiltracji, a nie któregośkolwiek osobno. Na wartości szacowanych wskaźników podobny, duży wpływ wywierają zarówno ciężar cząsteczkowy badanych substancji rozpuszczonych w wodzie, jak i przepuszczalność błony oraz efektywne pole powierzchni otrzewnej. Interesujący jest fakt, że wielkość ciała człowieka jedynie nieznacznie koreluje ze wskaźnikami równoważenia, pomimo, że wielkość ciała człowieka powinna „iść w parze” z polem powierzchni otrzewnej. Pomiarów wskaźników równoważenia otrzewnowego dokonuje się typowo podczas standardowego PED polegającego na wykonaniu dwulitrowej wymiany płynu dializacyjnego o stężeniu 2,5 % dekstrozy. Próbkę dializatu pobiera się w godzinach 0 -2 -4 testu, natomiast próbki surowicy krwi w drugiej godzinie. PED wykorzystywany jest również w celu pomiaru netto usuwania płynu oraz obliczania wskaźnika – stężenie glukozy w dializacie w pierwszej godzinie testu do poziomu glukozy w dializacie w momencie 0. Przede wszystkim na podstawie uzyskanych wartości kreatyniny w czwartej godzinie testu pacjentów kwalifikuje się do jednej z czterech następujących kategorii transportu otrzewnowego: wysoki, średniowysoki, średnioniski, niski.[2]

Wartość netto usuwanego płynu

Uzyskiwana w dializie otrzewnowej wartość netto usuwanego płynu zależy od równowagi między procesami ultrafiltracji a absorpcji otrzewnowej. W praktyce klinicznej wydalanie płynu w trakcie DO można zwiększyć w następujący sposób:

- 1) Zwiększenie gradientu osmotycznego
 - a) Zwiększenie ciśnienia osmotycznego wykonywanych wymian dializacyjnych (zastosowanie dekstrozy o stężeniu 4,25%)
 - b) Skrócenie czasu trwania wymian dializacyjnych (ADO)
 - c) Zastosowanie większych objętości wymian dializacyjnych
- 2) Zastosowanie czynnika osmotycznego, posiadającego wyższą wartość wskaźnika usuwania czynnika osmotycznego (ikodekstryna)
- 3) Zwiększenie diurezy (zastosowanie leków o działaniu moczopędnym).

Objętość płynu wydalonego podczas dializy jest maksymalna w trakcie pierwszej godziny, a objętość wewnątrzotrzewnowa jest największa po 90 minutach. Po upływie tego czasu objętość płynu powstającego w procesie ultrafiltracji jest mniejsza niż objętość ulegająca wchłonięciu, natomiast po 6-10 godzinach objętość płynu dializacyjnego, znajdująca się wewnątrzotrzewnowo, spada poniżej 2 litrów, a u pacjenta w bilansie netto dochodzi do gromadzenia się płynu w organizmie.[2]

Klirens otrzewnowy

Klirens danej substancji rozpuszczonej w wodzie definiuje się jako objętość osocza krwi oczyszczonego z tej substancji rozpuszczonej w jednostce czasu. Klirens otrzewnowy równy jest ilości substancji rozpuszczonej w wodzie usuniętej w danym czasie, podzielonej przez oznaczone w tym samym czasie stężenie tej substancji w osoczu. Na początku wymiany płynu dializacyjnego Klirens osiąga wartości maksymalne w momencie, gdy zarówno procesy dyfuzji, jak i ultrafiltracji są najbardziej nasilone a następnie zmniejszają się ze względu na występowanie odpowiedniego ubytku gradientu stężenia mocznika i gradientu osmotycznego glukozy, podczas gdy charakter wymiany nie ulega zmianie. Dializę otrzewnową najlepiej opisuje się jako metodę terapeutyczną, w której niskie poziomy Klirens „dostarczane” są w sposób ciągły. Wartość Klirens otrzewnowego można zwiększać poprzez

- Wydłużanie czasu wykonywania DO
- Zwiększanie gradientu stężeń
- Zwiększanie pola efektywnej powierzchni otrzewnowej
- Intensyfikowanie procesu usuwania płynu przez otrzewną

Usuwanie sodu

W dializie otrzewnowej procesy wydalania sodu i wody lepiej rozpatrywać osobno. Pod koniec trwającej cztery godziny wymiany płynu dializacyjnego poziom sodu w dializacie spada z początkowej wartości wynoszącej 132 mmol / l do około 122 – 125mmol / l. Podczas początkowego okresu wymiany poziomu sodu w płynie dializacyjnym zmniejsza się szybko, gdyż dochodzi do jego rozcieńczenia przez ultrafiltrat zawierający sód w stężeniu wynoszącym jedynie 80 mmol / l. Efektowi temu przeciwdziała częściowo proces dyfuzji. Pod koniec trwania wymiany, gdy proces ultrafiltracji jest znacznie obniżony, proces dyfuzji powoduje wzrost poziomu sodu w dializacie do wartości wynoszących ponownie około 125mmol/l. Obniżenie stężenia sodu w płynach powoduje nasilenie procesu usuwania sodu na drodze dyfuzji, jednak w celu osiągnięcia tego samego efektu osmotycznego konieczne jest zastosowanie wyższych stężeń glukozy.[2]

Utrata białek

Obligatoryjna utrata białek wraz z dializatem to cecha

charakterystyczna dializy otrzewnowej. W typowych przypadkach wynosi 5 – 10 g białka dziennie, z czego połowę stanowią albuminy. Utrata białek jest prawdopodobnie główną przyczyną obserwowanego u chorych dializowanych otrzewnowo obniżonego poziomu albuminy w porównaniu z pacjentami leczonymi hemodializami. U chorych z wysokim transportem otrzewnowym utrata białka jest większa, a poziom albumin jest niższy. Utrata oraz klirens białek o dużej masie cząsteczkowej, takich jak albuminy, są relatywnie stałe podczas wymiany płynu dializacyjnego, jednak białka o niższej masie cząsteczkowej, takie jak lizozymy, bardziej przypominają swoim zachowaniem substancje o małej masie cząsteczkowej, rozpuszczone w wodzie, takie jak kreatynina, a wartości ich klirensów spadają w istotny sposób wraz z czasem wymiany.[2]

Rodzaje dializy otrzewnowej

Ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa CADO

CADO to dializa, którą pacjent może wykonać samodzielnie bez wykorzystania żadnych urządzeń. CADO wymaga ciągłej (24 godziny dziennie, 7 dni w tygodniu, 52 tygodnie w roku) obecności rozworu w jamie otrzewnowej.[5] Podczas CADO płyn dializacyjny jest stale obecny w jamie brzusznej. Zazwyczaj jest wymieniany cztery razy dziennie; stosuje się 3 – 5 wymian na dobę w zależności od indywidualnego zapotrzebowania pacjenta. Drenaż zużytego dializatu oraz napełnienie świeżym roztworem przeprowadzane są manualnie, przy użyciu siły grawitacji, w celu przemieszczenia płynu do i z jamy otrzewnej. Płyn do DO napływa do jamy otrzewnej, natomiast dializat z niej wypływa.[2]

W celu rozpoczęcia leczenia CADO chory przyjmowany jest do szpitala na okres 1 -2 tygodni. W tym czasie rozpoczyna się regularne wymiany płynu w jamie otrzewnej. Jednocześnie okres pobytu pacjenta w szpitalu wykorzystywany jest do nauki praktycznych i teoretycznych zagadnień związanych z dializą otrzewnową.[3]

W czasie pobytu pacjenta w szpitalu obserwuje się przebieg dializy. Na podstawie stanu klinicznego pacjenta oraz badań laboratoryjnych (mocznik, kreatynina, elektrolity, wapń, fosfor) lekarz ustala:

- Dawkę dializy – początkowo są to zwykle cztery wymiany po 2000 ml na dobę. Dokładną dawkę dializy lekarz może ustalić dopiero po wykonanych badaniach, tj. KT/V, całkowity Klirens kreatyniny.
- Stężenie glukozy w płynach dializacyjnych – jeżeli pacjent ma dużą ultrafiltrację i zachowaną resztkową funkcję nerek (diurezę), najczęściej stosuje się płyny o stężeniu glukozy

Tabela 1.

Wskazania do CADO	Przeciwwskazania do CADO
1) Dzieci	1) Przepukliny
2) Ludzie starsi powyżej 65 roku życia	2) Rozległe zabiegi na jamie brzusznej
3) Pacjenci z cukrzycą (ze względu na możliwość podawania insuliny dootrzewnowo wraz z płynem dializacyjnym)	3) Choroby zapalne jelit
4) Brak dostępu naczyniowego do hemodializy	4) Upośledzenie wzroku
5) Choroby układu sercowo-naczyniowego	5) Zła sprawność manualna
6) Względny psychosocjalne:	6) Znaczne ośpienie lub brak motywacji do samodzielnego prowadzenia dializy
▪ Potrzeba bardziej liberalnego programu dnia	7) Brak higieny osobistej
▪ Duża odległość od ośrodka hemodializy	8) Złe warunki mieszkaniowe
	9) Niewydolność oddechowa
	10) Znaczna otyłość
	11) Uchylkowość jelit

Wskazania i przeciwwskazania do wykonania dializy otrzewnowej CADO [3]

1,36% (słabe). Przy niewielkich wartościach ultrafiltracji i przewodnieniu pacjenta dołącza się płyny o stężeniu glukozy 3,86% (mocne) lub 2,27 % (średnie).[8]

Stężenie wapnia w płynach dializacyjnych – obecnie stosowane są płyny o dwóch stężeniach wapnia: niskowapniowe (1,0 – 1,25mmol/l) i normowapniowe (1,75mmol/l). Płyny niskowapniowe stosuje się u większości pacjentów. Pozwala to na doustne stosowanie węglanu wapnia w celu obniżenia poziomu fosforu w surowicy poprzez wiązanie go w przewodzie pokarmowym. Płyny normowapniowe stosuje się u pacjentów, którzy mają tendencję do hypokalcemii (obniżonego poziomu wapnia w surowicy) mimo doustnego stosowania związków wapnia.[8]

Leki stosowane w CADO

Podczas dializy pacjent przyjmuje wiele leków. Część z nich można podawać do worków z płynem dializacyjnym. Stosuje się następujące leki:

- Heparynę – u pacjentów dializowanych otrzewnowo, aby uniknąć tworzenia się włókienka lub go rozpuszczać.
- Insulinę – można podawać z roztworem do dializy, aby wyeliminować konieczność iniekcji podskórnej.
- Antybiotyki – dootrzewnowo podczas zapalenia otrzewnej; rodzaj i dawkę ustala lekarz.

Ze względu na przewlekłą chorobę nerek i liczne współistniejące choroby pacjent otrzymuje wiele leków doustnie lub parenteralnie. Najczęściej stosowane grupy leków to: leki wiążące fosforany, erytropoetyna lub inne czynniki stymulujące erytropoezę, witaminy, leki moczopędne, leki obniżające ciśnienie, leki ułatwiające wypróżnianie.[4]

Ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa jest domową formą terapii, wymaga zgromadzenia i regularnego dostarczania do domu pacjenta niezbędnego wyposażenia i sprzętu. Płyny, których używa się do dializy, dostarczane są przez specjalistyczne firmy zajmujące się dystrybucją sprzętu w Polsce. Ważne jest aby pacjent miał w domu zapas płynów na co najmniej dwa tygodnie, ze względu na możliwość wystąpienia nieprzewidzianych okoliczności.[8]

Instrukcja przeprowadzania wymiany płynu

Do wykonania wymiany płynu w CADO potrzebny jest następujący sprzęt: maska, worek z płynem dializacyjnym, dwa zaciski pożyczkowe, środek do dezynfekcji (70% alkohol), mydło w płynie do mycia rąk, ręcznik papierowy, jałowy korek służący do zamknięcia drenu pacjenta po wymianie.

Prawidłowe przeprowadzenie wymiany płynu wymaga ścisłego zachowania zasad aseptyki, aby wyeliminować możliwość wprowadzenia infekcji i rozwoju zapalenia otrzewnej.

- 1) Załóż maskę.
- 2) Przygotuj świeży worek z dializatem – otwórz zewnętrzne opakowanie.
- 3) Myj ręce przez minutę. Odpowiednie mycie rąk jest bardzo ważne dla usuwania drobnoustrojów z ich powierzchni. Zaleca się stosowanie płynnego mydła przeciwbakteryjnego. Podczas mycia rąk wodą i mydłem można usunąć widoczne zanieczyszczenia oraz wiele niewidocznych drobnoustrojów. Należy pamiętać o całkowitym osuszeniu rąk za pomocą ręczników papierowych.
- 4) Zdezynfekuj powierzchnię stołu.
- 5) Połóż worek ze świeżym płynem na zdezynfekowaną powierzchnię stołu i sprawdź; temperaturę worka (ok. 37 C), stężenie glukozy, datę ważności, objętość dializatu, czy płyn jest czysty, klarowny, czy worek i dreny nie są uszkodzone.

- 6) Zdezynfekuj ręce alkoholem.
- 7) Połącz zestaw drenów worka z drenem łączącym pacjenta.
- 8) Przepłucz zestaw drenów.
- 9) Wykonaj drenaż z jamy otrzewnej.
- 10) Napełnij jamę otrzewną świeżym płynem.
- 11) Zdezynfekuj ręce.
- 12) Odłącz zestaw od drenażu łączącego. Załóż korek.
- 13) Umocuj dren łączący pacjenta tak, aby nie doszło do uszkodzenia linii lub cewnika.
- 14) Dokładnie obejrzyj (klarowność płynu, obecność włókienka) i zważ dializat.
- 15) Zanotuj w karcie dializacyjnej wymianę i objętość dializatu.[8]

Pacjent prowadzi kartę dializacyjną, w której zapisuje parametry potrzebne do oceny przebiegu dializy. W początkowym etapie szkolenia kartę wypełnia pielęgniarka wraz z pacjentem. Karty te są dołączane do pozostałej indywidualnej dokumentacji chorego prowadzonej w ambulatorium dializy otrzewnowej. Po rozpoczęciu dializy otrzewnowej pacjent pozostaje pod stałą opieką ambulatorium, gdzie okresowo wykonywane są badania.

Automatyczna dializa otrzewnowa (ADO)

Automatyczna dializa otrzewnowa ADO jest określeniem różnych form dializy, wykorzystujących urządzenie mechaniczne do drenażu płynu. Ogólna zasada ADO jest podobna jak w klasycznej dializie otrzewnowej. Wartość ultrafiltracji oblicza się jako różnicę między objętością w fazie opróżniania, a objętością w fazie napełniania.

Według nowych kryteriów ADO możemy podzielić na:

1. Ciągłą cykliczną dializę otrzewnową CCDO – jest to rodzaj dializy automatycznej, w której cykler (urządzenie, które automatycznie wywołuje krążenie płynu dializacyjnego do wewnątrz i na zewnątrz jamy brzusznej) dokonuje płynu dializacyjnego w nocy oraz pozostawia płyn w jamie otrzewnej w ciągu dnia, który najczęściej zalega do wieczora. Aby zwiększyć dawkę dializy lub uniknąć nadmiernego wchłaniania płynu w czasie długiej wymiany dziennej, pacjent może wykonać dodatkową wymianę ręczną. Nowoczesne urządzenia mają możliwość wykonania dodatkowej dziennej wymiany, wykorzystując w tym celu płyny i zestaw drenów przygotowane do kolejnej dializy.

Ciągła cykliczna dializa otrzewnowa jest najczęściej stosowaną metodą ADO. Jej zaletą jest uzyskiwanie wysokich klirensów otrzewnowych. Wykorzystuje się w tym celu możliwość zastoso-

sowania dużych objętości napełniania w pozycji leżącej oraz maksymalne wykorzystanie czasu w ciągu nocy i dnia.

2. Nocną dializę otrzewnową NDO- jest formą terapii, w której wymiana płynu dializacyjnego odbywa się w nocy, a w ciągu dnia jama otrzewna pozostaje pusta. Nocne wymiany płynu są częste i krótkie. Czas dializy w ciągu doby to 9 -10 godz. Z tego powodu uzyskiwane tą metodą Klirens otrzewnowe, szczególnie kreatyniny, są niewielkie. Chorzy często leczeni tą metodą to pacjenci z zachowaną resztkową funkcją nerek lub wysokim i średniowysokim transportem przez błonowym w teście równoważenia otrzewnowego oraz zaburzeniami ultrafiltracji, a także osoby z przepuklinami, zaciekami płynu oraz o niewielkiej masie ciała.

3. Przerwaną dializę otrzewnową PDO – jest rodzajem ADO prowadzonej w warunkach szpitalnych. Zabiegi odbywają się 3 razy w tygodniu, podobnie jak w hemolizie. Mała efektywność tej metody sprawia, że zbiegi muszą trwać kilkanaście godzin. Metoda ta jest uciążliwa dla pacjentów i nie powinna być preferowaną formą terapii. [13]

Wskazania do automatycznej dializy otrzewnowej

- Chęć poprawy jakości życia
- Brak samodzielności pacjenta
- Niedostateczna ultrafiltracja w CADO (chorzy z wysoką przepuszczalnością otrzewnej)
- Konieczność zwiększenia adekwatności terapii
- Przepukliny, zacieki, upośledzenie wydolności oddechowej w CADO

ADO ogranicza konieczność obsługi normalnej dializy do dwóch procedur dziennie: 1) podłączenie i 2) odłączenie od maszyny. Zabiegi te mogą być wykonane w domu przez pacjenta lub osobę pomagającą i charakteryzują się znaczną prostotą i łatwością. Cykler może być programowany zależnie od rodzaju stosowanej techniki od 3 do 20 wymian oraz od 0,5 do 3 litrów objętości. W zależności od rodzaju, mogą one wykorzystywać drenaż grawitacyjny lub częściowo wspomagany pompą, ale też całkowicie oparty na systemie mechanicznym. Płyn wpływający do cyklera jest ogrzewany do temperatury ciała pacjenta w celu uniknięcia oziębienia chorego, co może powodować uczucie dyskomfortu, wywoływać zaburzenia rytmu serca lub skurcz naczyń kręgowych. Poprzez pomiar objętości wprowadzonej oraz ilości płynu wypływającego cykler pozwala na kontrolowanie ultrafiltracji i osiągnięcie należytej wagi podczas zabiegu dializy

Przed rozpoczęciem zabiegu wymagane jest zaprogramowanie aparatu: określenie całkowitej objętości płynu, który będzie użyty do całego zabiegu, objętości wymian, czasu zalegania, ilości wymian. Dalsze programowanie będzie zależne od opcji leczenia: czy chcemy zastosować ciągłą cykliczną dializę otrzewnową, czy przerywaną dializę otrzewnową, czy też dializę z płynem zalegającym.

Napełnianie i opróżnianie jamy otrzewnowej odbywa się dzięki pompie pulsacyjnej poruszającej się za pomocą sprężonego powietrza membrany umieszczonej w specjalnej kasetce lub przy użyciu komory ciśnieniowej, w której znajdują się worki z nagrzanym płynem oraz worek drenażowy, czy w końcu przy wykorzystaniu siły grawitacji.

Ilość podanego płynu i dializatu określone są na podstawie pomiarów wolumetrycznych lub na podstawie wagi płynu. Aparaty te monitorują objętość uzyskanej ultrafiltracji. W przypadku zaistniałych niezgodności, utrudnienia wpływu lub wypływu aparat powiadamia o tym prowadzącego zabieg sygnałem alarmowym, jednocześnie wyświetlając rodzaj zaburzenia.

Jednym z podstawowych założeń dializy jest zapewnienie odpowiedniej ultrafiltracji. W tym celu do płynu dializacyjnego dodawana jest glukoza w stężeniu 1,5 do 4,5%. Im wyższe stężenie glukozy, tym lepsze usuwanie wody. Pacjenci szczególnie przewodzeni kwalifikują się do krótszych wymian z użyciem wysoko stężonych płynów, gdyż w rezultacie uzyskujemy wyższą ultrafiltrację na gram glukozy. Jest to istotne u chorych z cukrzycą, otyłych lub pacjentów ze zmienną hiperlipidemią.[7]

ADO łączy się z licznymi korzystnymi efektami, do których należą:

- 1) Mniejsza absorpcja glukozy, mniejsza utrata białka, mniejsza ilość epizodów dializacyjnego zapalenia otrzewnej.
- 2) Wyższa jakość życia – możliwość unikania doraźnych wymian lub utrzymania jamy brzusznej bez płynu przynajmniej w godzinach pracy.
- 3) Mniejsze wewnątrzbrzuszne ciśnienie zapobiega tworzeniu przepuklin, żylaków odbytu, przecieków do opłucnej, wypadaniu pęcherza moczowego oraz przecieku płynu w okolicach cewnika.
- 4) Rzadziej obserwujemy ból w plecach.

5) Socjalna rehabilitacja znacznie lepsza w ADO, gdzie znacznie większy procent pacjentów jest czynnych zawodowo. Pod względem klinicznym ADO również charakteryzuje się pewnymi korzyściami. Wydaje się, że u chorych dializowanych otrzewnowo dochodzi do poprawy funkcji szpiku przez lepsze usuwanie substancji, które hamują erytropoezę.

Stan odżywienia chorych leczonych ADO jest łatwiejszy do zbilansowania w porównaniu z CADO. Łączy się to z lepszą ultrafiltracją na gram glukozy i mniejszym wewnątrzbrzuszным ciśnieniem, co zmniejsza dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego i poprawia apetyt.

Trzecim czynnikiem jest mniejsza utrata białka w ADO w porównaniu z CADO. W zakresie bilansu azotowego ADO wymaga około 8% wzrostu Klirensu w stosunku do CADO. Obie techniki dializacyjne charakteryzują się podobnymi wartościami w zakresie kontroli ciśnienia tętniczego krwi.

Chorzy leczeni obiema metodami mogą być poddani przeszczepom nerek. Należy stwierdzić, że ADO jest bardzo wartościową metodą terapii, w znacznym stopniu poszerzającą zakres leczenia nerkozastępczego.[7]

Dostęp do dializy otrzewnowej i zasady jego pielęgnacji

Dostęp do jamy otrzewnej na potrzeby prowadzenia dializoterapii uzyskuje się implantując specjalistyczny cewnik przez powłokę jamy brzusznej do wnętrza otrzewnej. Takiej implantacji powinno dokonywać się w ściśle określonych miejscach, których lokalizacja na ścianie jamy brzusznej jest dokładnie sprecyzowana. Właściwy dostęp do dializy otrzewnowej ma wielki wpływ na jakość prowadzonej z jego użyciem dializoterapii, bez względu na to, jakiego użyje się systemu dializy.[10]

Jakość dostępu do dializy otrzewnowej jest uzależniona od następujących czynników:

- Rodzaju użytego cewnika dootrzewnowego
- Prawidłowej implantacji cewnika w jamie otrzewnej
- Odpowiedniej pielęgnacji ujścia cewnika

Współczesne cewniki przeznaczone do prowadzenia dializy otrzewnowej wykonane są najczęściej z silikonu, silikatu lub poliuretanu, a każdy z nich posiada odcinek wewnętrzny, odcinek śródścienny, ograniczony z obydwu stron mufkami, oraz odcinek zewnętrzny. Najczęściej do prowadzenia dializy otrzewnowej używany jest cewnik Tenckhoffa, zwany inaczej cewnikiem prostym, lub jego odmiana z zakreconym spiralnie odcinkiem wewnętrznym typu coiled. [10]

Cewniki otrzewnowe można podzielić na przeznaczone do leczenia przypadków nagłych (tzw. ostre) oraz prowadzenia przewlekłej dializoterapii (tzw. przewlekłe).

A. Cewniki „ostre” – stosowane w przypadkach nagłych. Wszystkie rodzaje cewników „ostrych” mają podobną konstrukcję: prosty lub nieco zakrzywiony kształt, względną sztywność i posiadają w części dystalnej liczne otwory. Cewniki mają sztywny lub elastyczny mandryn, wokół którego cewnik ślizga się w czasie wprowadzania do jamy otrzewnej. „Ostre” cewniki są tak skonstruowane, żeby można je było założyć przy łóżku pacjenta. Ze względu na brak mufki zabezpieczającej w cewnikach szybko wzrasta ryzyko bakteryjnego zapalenia otrzewnej (nawet po trzech dniach używania), zwiększa się ryzyko perforacji jelit.

B. Cewniki „przewlekłe” – wykorzystywane do prowadzenia przewlekłej dializy. Cewniki „przewlekłe” zbudowane są z gumy silikonowej albo poliuretanowej i zwykle posiadają dwie mufki dakronowe (poliestrowe), na końcu liczne otwory. Mufki dakronowe powodują lokalny stan zapalny, który nasila po-

Tabela 2. Typy cewników do DO[1]

Typ cewnika	Metody zakładania	Metody usuwania	Problemy związane z cewnikiem	Inne zalety i wady
Cewnik prosty Tenckhoffa	Chirurgiczna przez nacięcie „na ślepo” i laparoscopia	Wypreparowanie mufki wewnętrznej	Zmienna objętość wypływu, oklejenie siecią i zaburzenia wypływu, migracja mufki zewnętrznej i wewnętrznej, przepukliny okołocewnikowe	Łatwa repozycja za pomocą przewodnika (50% skuteczności)
Cewnik zwinięty Tenckhoffa	Chirurgiczna przez nacięcie „na ślepo” i laparoscopia	Wypreparowanie mufki wewnętrznej	Tak jak wyżej, ale mniej możliwe oklejenie cewnika siecią	Trudniejsza repozycja z powodu długości przewodnika
Cewnik Toronto-Western	Tylko chirurgiczna przez nacięcie	Wypreparowanie dysku położonego na otrzewnej	Tak jak wyżej ale bez migracji mufki zewnętrznej i wewnętrznej, mniejsza szansa na postanie przepukliny okołocewnikowej	Repozycja niemożliwa do wykonania
Cewnik Missouri	Tylko chirurgiczna przez nacięcie	Wypreparowanie dysku położonego na otrzewnej	Tak jak wyżej, ale mniej możliwe oklejenie cewnika siecią oraz jego przemieszczenie bez migracji mufki zewnętrznej i wewnętrznej, mniejsza szansa na powstanie mufki okołocewnikowej	Dość trudna repozycja cewnika
Cewnik Advantage	Chirurgiczna przez nacięcie „na ślepo” i laparoscopia	Wypreparowanie mufki wewnętrznej	Bardziej powtarzalna objętość wypływu, mniej możliwe oklejenie cewnika siecią, zaburzenia wypływu bez migracji mufki zewnętrznej i wewnętrznej, bez przepuklin okołocewnikowych	Małe otwory w połączeniu w kształcie litery „T”, tworzą się skrzepy, wymaga płukania, repozycja niemożliwa, ale niepotrzebna

wstanie tkanki włóknistej i ziarninowej w ciągu miesiąca. Tkanka włóknista zapewni ściśle umocowanie cewnika oraz zapobiega migracji bakterii z powierzchni skóry bądź z jamy otrzewnej przez mufkę do tunelu podskórnego. Cewniki „przewlekłe” mogą funkcjonować bez powikłań przez dwa lata lub dłużej.

Cewniki „przewlekłe” są implantowane techniką chirurgiczną na sali operacyjnej. Wykorzystują one wprowadzenie cewnika po przewodnicy z pomocą urządzenia rozszerzającego lub skopię otrzewnową.[1]

Prawidłowe ujęcie cewnika dializacyjnego można zdefiniować w następujący sposób – czas „użytkowania” co najmniej 6 miesięcy, silnie przyrośnięty do cewnika nabłonek w okolicy jego zatoki, suche ujęcie zatoki, naskórek formujący się nie częściej niż co 7 dni, kolor okolicy zatoki zbliżony do otaczających go powłok.

Z uwagi na to, że prawidłowe ujęcie cewnika stanowi tak

istotny element właściwie prowadzonej dializoterapii otrzewnowej, jego badanie stanowi jeden z kluczowych elementów opieki lekarskiej i pielęgnarskiej nad pacjentem dializowanym otrzewnowo. Badanie ujęcia cewnika obejmuje przede wszystkim jego kliniczną obserwację i okresowe badania bakteriologiczne. W niektórych przypadkach praktykuje się wykonywanie dokumentacji fotograficznej. Wskazane jest aby do badania klinicznego używać specjalnej lupy powiększającej, najlepiej dysponującej własnym źródłem światła, na przykład lupy z optyką Zeiss x 4,5, zoom 50 – 350 mm. Podczas badania ujęcia cewnika należy ocenić następujące czynniki:

- Obrzęk w okolicy ujęcia (lub jego brak).
- Kolor otaczającego ujęcie skóry (naturalny, ciemniejszy, brązowy, różowy, rumień jasny).
- Maksymalna średnica obszaru skóry o zmienionym zabarwieniu (< 13 mm lub > 13 mm)
- Naskórek (brak, mały, duży).
- Usuwanie naskórka (łatwe, utrudnione, bardzo trudne).
- Obecność strupa (lub jego brak).
- Przeciek płynu w okolicy cewnika (widoczny wzrokiem, przesiąknięty opatrunkiem, barwa i konsystencja: jasny, krwisty, ropny, kleisty).
- Ziarninowanie okolicy cewnika.[4]

Pielęgnacja cewnika DO

Miejsce ujęcia cewnika jest miejscem, w którym cewnik wystaje ze skóry. W większości przypadków pielęgnarka zmienia opatrunki i wykonuje zabiegi pielęgnacyjne po pierwszym założeniu cewnika aż do pełnego zagojenia (przez około 3 tygodnie). Ten okres nazywa się okresem hartowania. Taki okres wymagany jest w celu odpowiedniego zagojenia się rany i w celu zapobieżenia wycieku roztworu do dializy. Pielęgnarka informuje kiedy rana prawidłowo się goi. Wówczas można już brać prysznic. Od tego momentu pacjent samodzielnie opiekuje się miejscem ujęcia cewnika. Miejsce ujęcia NALEŻY pielęgnować codziennie. Pielęgnowanie miejsca ujęcia oraz kontrola wzrokowa pozwoli na uniknięcie zakażenia i utraty cewnika. [5]

Procedura postępowania codziennego

- umyć ręce
- wyrzucić stary opatrunkiem (w okolicy ujęcia cewnika nie wolno używać nożyczek)
- umyć miejsce ujęcia dokładnie mydłem antybakteryjnym w płynie i czystą tkaniną i dokładnie spłucz (pielęgnacji miejsca ujęcia można dokonywać pod prysznicem)
- osuszyć dokładnie miejsce ujęcia
- miejsce ujęcia może być pozostawione bez osłonięcia lub, dla wygody, można je przykryć opatrunkiem
- cewnik należy zabezpieczyć przyklejając go plastrem do skóry brzucha lub
- unieruchamiając tak, aby nie powodować napinania lub pociągania cewnika [5]

Pamiętaj:

- sprawdzaj codziennie miejsce ujęcia cewki oraz cewnik. Zwróć uwagę czy nie pojawiło się zaczerwienienie, bolesność, wysięk lub strupy,
- sprawdzaj cewnik oraz końcówkę cewnika. Cewnik i jego złącze powinny być wolne od pęknięć, rozdarć lub zanieczyszczeń,
- sprawdzaj codziennie dotykiem tunel (kanał) cewnika oraz mufkę. Zwróć uwagę na obrzęk lub tkliwość,
- codziennie bierz prysznic,

- noś czyste ubrania, na miejsce ujęcia nie wolno nakładać balsamów, pudrów lub wazeliny,
- nie odrywaj i nie usuwaj strupów z miejsca ujęcia. [5]

Płyny stosowane w dializie otrzewnowej

Dializę otrzewnową DO stosuje się na dużą skalę począwszy od drugiej połowy lat 70. Spośród licznych odmian tego typu leczenia – dializa przerywana, ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa CADO, automatyczna dializa otrzewnowa ADO – właśnie ta ostatnia staje się wiodącą, najczęściej wybieraną przez pacjentów metodą. Pacjent dializowany za pomocą CADO w standardowej dawce 4x2 l dziennie zużywa blisko 3000 l płynu dializacyjnego w ciągu roku; w przypadku ADO objętość ta wynosi od 3600 do 5000 l na rok.

Zadania płynu dializacyjnego:

- Eliminacja z organizmu substancji odpowiedzialnych za toksemię mocznicową, występujących w nadmiarze w organizmie chorych ze schyłkową niewydolnością nerek. Proces ten zachodzi dzięki dwóm podstawowym procesom:
 - Dyfuzji zgodnej z gradientem stężeń;
 - Konwekcji (czyli „unoszenia” cząsteczek eliminowanych z ustroju toksyn wraz z cząsteczkami wody), która może w odniesieniu do konkretnych substancji odbywać się także wbrew gradientowi stężeń.
- Usuwanie nadmiaru wody, czyli ultrafiltracja, dzięki której można utrzymać należyty tak zwany „suchy” ciężar ciała, czyli stan, w którym u pacjenta nie stwierdza się cech przewodnienia.
- Korekcja zaburzeń równowagi kwasowo – zasadowej, dokonująca się z jednej strony przez usunięcie z ustroju toksyn wywołujących kwasicę, z drugiej natomiast – przez dostarczenie buforu.
- Korekcja zaburzeń elektrolitowych.[4]

Tabela 3 . Stężenie glukozy i Osmolarność płynu dializacyjnego[3]

Stężenie glukozy w g/dl (%)*	Osmolarność roztworu
1,36	344
2,27	395
3,86	483

- * w zależności od producenta, oferowane są także płyny zawierające glukozę w innych stężeniach, np. 1,5%, 2,3%, 2,5%, 4, 25%

Tabela 4. Skład płynu do dializy otrzewnej* [3]

Substancja	Stężenie (g/l)	Stężenie (mmol/l)
Chlorek sodu (NaCl)	5,67	
Jony sodu		132
Chlorki		102
Mleczan sodu	4,5	
Jony mleczanowe		40**
Chlorek wapnia	0,257	
Jony wapnia		1,75
Chlorek magnezu	0,152	
Jony magnezu		0,75
Ph		5,5

- * w zależności od producenta, zawartość poszczególnych składników może się nieznacznie wahać

** dostępny jest także płyn zawierający mleczan w stężeniu 35 mmol/l

Biozgodność płynu dializacyjnego

Biozgodność (biokompatybilność) danej procedury definiujemy jako istnienie możliwie najmniejszej liczby reakcji niepożądanych wywołanych tą procedurą. Odnosząc tę procedurę do dializy otrzewnowej, należy uwzględnić następujące aspekty decydujące o biozgodności płynu:

- Efekty systemowe (ogólnoustrojowe) efektywna kontrola mocznicy, zapobieganie niedożywieniu białkowo – kalorycznemu, korekcja osteodystrofii nerkowej, wyrównywanie kwasicy, efektywna ultrafiltracja itp.
- Lokalny wpływ na mechanizmy odpornościowe błony

otrzewnowej, a zwłaszcza czynność obecnych tam makrofagów.

- Lokalny wpływ na strukturę i funkcję błony otrzewnej jako błony dializacyjnej; wpływ na strukturę i funkcję międzybłonka (mezotelium) oraz bezpostaciowego matrix
- Wpływ na czynność przewodu pokarmowego.

Biorąc pod uwagę powyższe aspekty, należy stwierdzić, że standardowy płyn do dializy otrzewnowej o przedstawionym powyżej składzie nie spełnia kryteriów biozgodności.[3]

Glukoza jako substancja osmotycznie czynna

Glukoza ma za zadanie generowanie wysokiej osmolarności – gradient osmolarności pomiędzy płynem dializacyjnym a surowicą jest bowiem jedną z najistotniejszych sił pozwalających uzyskać ultrafiltrację.

Osmolarność płynów ustrojowych zdrowego człowieka waha się w granicach 275 – 295 mOsm/kg. Płyny zawierające glukozę w wysokich stężeniach mają osmolarność od kilkunastu do blisko 100% wyższą. Jest to zatem czynnik sam w sobie oddziałujący szkodliwie na czynność makrofagów jamy otrzewnej oraz strukturę i funkcję mezotelium i w istotny sposób decydujący o braku biozgodności płynu.

Sama glukoza w wysokich stężeniach i produkty jej rozpadu prowadzą do nieenzymatycznej glikozylacji białek. Proces ten ma zarówno charakter ogólnoustrojowy i dotyczy białek surowicy, jak i zachodzi lokalnie w błonie otrzewnej. Może być odpowiedzialny m.in. za progresję miażdżycy u chorych dializowanych poprzez modyfikację białek strukturalnych, wiąże LDL w ścianie tętnic oraz może mieć wpływ na funkcję śródbłonka i komórek mięśni gładkich naczyń. Nieenzymatyczna glikozylacja przebiegająca lokalnie modyfikuje strukturę błony otrzewnej, prowadząc do jej pogrubienia, a czynnościowo – do nieprzepuszczalności i w konsekwencji – utraty zdolności do efektywnej ultrafiltracji. Produkty nieenzymatycznej glikozylacji białek zaburzają także funkcję makrofagów w jamie otrzewnej.

Glukoza w wysokich stężeniach jest zgodnie z gradientem stężeń reabsorbowana do krwi. Nadmierna podaż glukozy pociąga za sobą kolejne niekorzystne efekty metaboliczne, a mianowicie:

- Stanowi czynnik wystąpienia otyłości
- Stanowi czynnik nasilający istniejące już w mocznicy zaburzenia gospodarki lipidowej [3]

Niskie Ph i niefizjologiczne bufor

W trakcie sterylizacji termicznej w wysokiej temperaturze dochodzi do wytrącania się stężonej glukozy z roztworu (karmelizacji). Proces ten można wyeliminować poprzez znaczne obniżenie odczytu sterylizowanego płynu, dlatego „standardowy” płyn do dializy otrzewnowej musi mieć pH o wiele niższe w stosunku do fizjologicznego. Niefizjologiczne pH w istotny sposób upośledza lokalne mechanizmy odpornościowe oraz przyczynia się do destrukcji błony otrzewnej jako błony dializacyjnej. Proces ten jest dodatkowo nasilany przez mleczan, który wywołuje szereg niekorzystnych zjawisk w błonie otrzewnej. Bufor ten nie pozwala także na pełne wyrównywanie kwasicy metabolicznej, co ma istotne konsekwencje ogólnoustrojowe, pogarsza między innymi czynność mięśnia sercowego, może nasilać osteodystrofię nerkową oraz prowadzi do ujemnego bilansu azotowego poprzez nasilenie procesów katabolizmu białka.[4]

Płyny do dializy otrzewnowej o podwyższonej biozgodności

Aminokwasy – z patofizjologii wynika, że pacjenci dializowani są szczególnie narażeni na rozwój niedożywienia białkowego –

kalorycznego. U pacjentów leczonych DO niedożywienie może być dodatkowo pogłębione wpływem glukozy na łaknienie oraz utratą białka i aminokwasów przez błonę otrzewnową do płynu. Istnieje zatem szereg przesłanek uzasadniających zastosowanie jako substancji osmotycznej czynnej roztworu aminokwasów i tym samym wyeliminowanie glukozy. Skład płynu jest tak dobrany, aby uzupełniać szczególnie te aminokwasy, których niedobór w mocznicach jest wyrażony najsilniej. Stosowanie tego płynu pozwala na:

- dostarczenie 22 aminokwasów, a więc uzupełnienie dziennej podaży białka o około 0,3 g/kg ciężaru ciała na dobę;
- podwyższenie pH w kierunku bardziej fizjologicznego (czyli 6,7) w związku z brakiem niebezpieczeństwa karmelizacji podczas sterylizacji termicznej;
- brak zagrożeń związanych z nadmiarem wchłaniania glukozy; Grupy aminowe z wchłanianych aminokwasów mogą jednak stanowić w przypadku niepełnej utylizacji do syntezy białka substrat dla syntezy mocznika. Stąd ryzyko znacznego wzrostu tego parametru w surowicy krwi pacjentów i nasilenia mocznic przy zastosowaniu tego rodzaju płynu w nadmiernej ilości. Mimo bardziej fizjologicznego pH, wchłanianie aminokwasów może nasilać istniejącą kwasicę metaboliczną, zwłaszcza przy zastosowaniu więcej niż jednej wymiany. [4]

Polimer glukozy (ikodekstryna)

Substancja ta jest pierwszym czynnikiem „koloidoosmotycznym”, jaki znalazł zastosowanie na dużą skalę w dializie otrzewnowej. Swymi właściwościami osmotycznymi przypomina nieco albuminę, jest od niej jednak nieporównywalnie tańsza i bardziej dostępna. Polimer glukozy wykazuje właściwość polegającą na podtrzymaniu efektywnej ultrafiltracji przez okres od 8 do 12 godzin; jest ona porównywalna a nawet wyższa w porównaniu z glukozą w stężeniu 3,86%, a pozwala jednocześnie na uniknięcie większości niepożądanych działań ubocznych związanych z ich stosowaniem. Stąd szczególnie wskazaniami do zastosowania płynu zawierającego polimer glukozy są wymiany nocne oraz dzienna wymiana u pacjentów dializowanych nocną automatyczną dializą otrzewnową, co pozwala uzyskać efektywną ultrafiltrację także w ciągu długich okresów leżakowania.

Zalety polimeru glukozy jako czynnika osmotycznego w dializie otrzewnowej stanowią niemal dokładne przeciwieństwo wad, o jakich była mowa w przypadku glukozy. Jej stosowanie:

- nie prowadzi do nadmiernej podaży glukozy jako substancji energetycznej i nie wywołuje hiperinsulinemii;
- pozwala na znaczne zredukowanie lokalnej i układowej ekspozycji na GDP;
- nie wywołuje zaburzeń gospodarki lipidowej;
- zapewnia efektywną ultrafiltrację przy znacznie niższej osmolarności (284 mOsmol/kg).

Ikodekstryna jest częściowo wchłaniana do krążenia, głównie na drodze drenażu limfatycznego, a następnie hydrolizowana przez amylazę do maltozy. Maltoza jest z kolei rozkładana do glukozy przez maltazę. U chorych z mocznicą dochodzi jednak do niedoboru maltazy i tym samym przy stosowaniu ikodekstryny maltoza może akumulować się w krążeniu. Z uwagi na związane z tym potencjalne zagrożenia nie zaleca się jednak stosowania płynu zawierającego polimer glukozy w ilości większej niż pojedyncza wymiana w ciągu doby. Szczególnym przeciwwskazaniem dla stosowania tego rodzaju płynu jest uczulenie na skrobię i produkty jej hydrolizy oraz nietolerancja maltozy i izomaltozy. [4]

Powikłania dializy otrzewnowej

Powikłania infekcyjne

Do powikłań infekcyjnych dializy otrzewnowej należą: zapale-

nie uścia zewnętrznego i kanału cewnika oraz dializacyjne zapalenie otrzewnej.

Zapalenie uścia zewnętrznego i kanału cewnika.

Wczesnymi objawami infekcji uścia zewnętrznego jest wczesne zaczerwienienie, ból, podrażnienie skóry zawilgocenie lub krwawienie. Objawy późne to owrzodzenie wokół mufki, zapalenie i bujanie tkanki łącznej, możliwość wypchnięcia mufki na zewnątrz skóry.

Przyczyny: kontaminacja zewnątrzpochozna lub uraz, podrażnienie i zapalenie spowodowane przez nadmierne pociąganie i skręcanie cewnika, nieprawidłowy wybór miejsca wyjścia cewnika na skórę (fałdy brzuszne), nieprawidłowe umiejscowienie cewnika, niewłaściwe podskórne umieszczenie mufki (prawidłowo 2 – 3 cm. od uścia), przeciekanie płynu dializacyjnego, niewłaściwa opieka pooperacyjna nad raną lub uściem zewnętrznym, nieprawidłowe utrzymanie uścia zewnętrznego, nieprawidłowa konstrukcja uścia zewnętrznego i tunelu, szew wokół uścia zewnętrznego cewnika, wcześniejsza infekcja uścia zewnętrznego cewnika.

Zapalenie uścia ma najczęściej etiologię bakteryjną, a najpowszechniej hodowanym drobnoustrojem jest gronkowiec złocisty. W przypadku zaczerwienienia wokół uścia zaleca się codzienne zmiany opatrunków według aseptycznej procedury. Przewlekający się stan zapalny bez obecności ropnej wydzieliny może być wskazaniem do stosowania antybiotyków miejscowo na okolicę uścia (mupirocyna w maści, przymoczek z gentamycyny, rifampicyna). Jeśli infekcja utrzymuje się i dołącza się wysięk ropny z okolicy uścia, należy pobrać wymaz na posiew i włączyć antybiotyk doustnie lub dożylnie. W razie braku skuteczności leczenia istnieje konieczność wymiany cewnika. W praktyce usuwa się cewnik otrzewnowy i przenosi się chorego na hemodializę. Nowy cewnik można założyć po ustąpieniu zmian zapalnych na skórze brzucha. [4]

Zapalenie otrzewnej

Zapalenie otrzewnej w 70% wywołują gronkowce, rzadziej bakterie Gram (-). Grzybicze zapalenie otrzewnej występuje w około 2% przypadków głównie jako wtórne, po długotrwałej antybioteraapii, u chorych wyniszczonych, otrzymujących leki immunosupresyjne. W około 20% przypadków ZO posiew jest jałowy. Najczęściej hodowanym drobnoustrojem jest bytujący na skórze gronkowiec koagulazy (-) *Staphylococcus epidermidis*, a infekcja ma związek z błędem podczas procedury wymiany dializacyjnej. Przy dializacyjnym zapaleniu otrzewnej wywołanym pałeczkami Gram ujemnymi należy zawsze pomyśleć o tak zwanej „katastrofie brzusznej” (uraz, perforacja jelit, zapalenie uchyłków jelita grubego, przetoka kałowa).

Objawy: ból brzucha, mętny płyn w worku dializacyjnym, podwyższona temperatura ciała, nudności, wymioty, czasem biegunka, zaburzenia odpływu płynu (włóknik wytrącający się w dializacie), upośledzona ultrafiltracja. Badaniem fizykalnym stwierdza się objawy otrzewnowe. Płyn dializacyjny zawiera dużą liczbę leukotów a jego posiew jest dodatni.

Chory z zapaleniem otrzewnej powinien być niezwłocznie hospitalizowany. W leczeniu stosuje się antybiotyki doustnie, dożylnie lub podając je do worka z płynem dializacyjnym. Najczęściej stosowane antybiotyki to: wankomycyna, cefalosporyny lub aminoglikozydy. U chorego niewymiotującego, w dobrym stanie ogólnym, można zastosować fluorochinolony na przykład cyprofloksacynę. Dodatkowo stosuje się heparynę aby zapobiec złogom włóknika. Po 2 – 3 dobach powinna być widoczna kliniczna poprawa, istotne zmniejszenie cytozyny oraz ultrafiltracji. Po otrzymaniu posiewu kontynuujemy

zgodnie z antybiogramem. Długość leczenia zależy od rodzaju drobnoustroju i trwa 2 – 3 tygodnie.

Powikłania nieinfekcyjne

Nieinfekcyjne powikłania dializy otrzewnowej mogą się wiązać z:

- nieodpowiednim bilansem płynów (odwodnienie lub prze-wodnienie
- zaburzeniami metabolicznymi
- zaburzeniami lipidowymi głównie hipertrójglicerydemią
- niedożywieniem lub otyłością

Hiperlipidemia, otyłość, niedożywienie

Hiperlipidemia jest istotnym problemem u chorych dializowanych otrzewnowo. W DO profil lipidowy jest bardziej miazdżycorodny niż u chorych hemodializowanych. Hipertrójglicerydemia jest spowodowana stosowaniem płynów dializacyjnych o wysokich stężeniach glukozy, co powoduje jej wchłanianie do krwi. Wzrost stężenia rójglicerydów jest także wynikiem nadprodukcji lipoproteid o bardzo małej gęstości oraz niedoboru lipazy lioprteinowej i lipazy pochodzenia wątrobowego. Izolowana hipertrójglicerydemia jest mało istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju powikłań sercowo-naczyniowych u chorych dializowanych otrzewnowo, ale może predysponować do wystąpienia ostrego zapalenia trzustki. Należy zatem ograniczyć podaż płynów, aby zmniejszyć konieczność uzyskania dużej ultrafiltracji przez stosowanie płynów o dużej zawartości glukozy oraz unikać spożywania alkoholu. Zaburzenia gospodarki węglowodanowej – najbardziej powszechne powikłanie metaboliczne u chorych dializowanych otrzewnowo to hiperglikemia. Glukoza jest wchłaniana z płynu dializacyjnego co prowadzi do hiperglikemii przy braku cukrzycy. W typowych przypadkach aż 60 – 80% glukozy zawartej w płynie dializacyjnym ulega wchłanianiu podczas każdej dializy. Stanowi to 100 – 150 g glukozy dziennie i pokrywa 10 – 30% zapotrzebowania energetycznego dobowego, wynoszącego u pacjenta o masie 70 kg około 2500 kcal. Może to spowodować wzrost masy ciała około 5 – 10 % w ciągu pierwszego roku dializy otrzewnowej. Następstwem nadmiernego wchłaniania glukozy może być insulinooporność.

Niedożywienie u chorych dializowanych otrzewnowo wiąże się z utratą białka i aminokwasów przez otrzewną, a utrata ta jest nasiloną podczas zapalenia otrzewnej. Zarówno w niedożywieniu białkowym, jak i w otyłości można również stosować płyny dializacyjne z zawartością aminokwasów.

Hipokalcemia i hiperkalcemia

U chorych dializowanych otrzewnowo może wystąpić zarówno hipo-, jak i hiperkalcemia. Płyny do dializy otrzewnowej zawierają jony wapnia w stężeniu 1,75 mmol/l (płyny wysokowapniowe) lub 1,0 mmol/l i 1,25 mmol/l (płyny niskowapniowe). U pacjentów z tendencją do hiperkalcemii należy stosować preparaty niskowapniowe i czasowo odstawić aktywne metabolity witaminy D3. U pacjentów dializowanych otrzewnowo, ze względu na niedoczynność przytarczyc, po roku obserwacji stwierdzono większy stopień zwapnienia naczyń wieńcowych.

Nadciśnienie i niedociśnienie - problem z bilansem płynów

Nadciśnienie tętnicze jest bardzo częstym zjawiskiem występującym u chorych dializowanych długo, u których dochodzi do utraty zdolności ultrafiltracyjnej otrzewnej. Czynnikiem wpływającym na pogorszenie kontroli ciśnienia tętniczego jest również utrata resztkowej funkcji nerek i upo-

śledzenie ultrafiltracji. Konsekwencją tych stanów jest nadmierna retencja sodu i wody, szczególnie u pacjentów charakteryzujących się zmniejszonym transportem otrzewnowym.

Najważniejszym elementem leczenia nadciśnienia tętniczego u chorych dializowanych jest utrzymanie prawidłowej wolemii, czyli retencja płynów i soli. Równie ważna jest odpowiednia dawka dializy. Należy też stosować metody nefarmakologiczne, jak dieta z ograniczeniem sodu (0,75 – 1 g/d.), która powoduje zmniejszenie pragnienia.

Niedociśnienie tętnicze u chorych leczonych CADO zależy od ultrafiltracji, bilansu sodu, utrzymania „suchej masy” ciała. Podczas pierwszych tygodni leczenia obserwuje się zazwyczaj obniżenie ciśnienia tętniczego krwi. Wskazuje to na ważną rolę hipowolemii w patogenezie nadciśnienia u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek, w szczególności u chorych ze współistniejącą autonomiczną neuropatią cukrzycową i niewydolnością krążenia. Chorzy z niedociśnieniem stanowią niewielką grupę, charakteryzującą się cięższym stanem ogólnym i większą śmiertelnością. Przyczynami niedociśnienia mogą być: hipowolemia, niewydolność serca oraz leki hipotensyjne. Postępowanie polega na wyregulowaniu wolemii i zwiększeniu „suchej masy”. U chorego przyjmującego leki hipotensyjne należy je odstawić, a następnie wprowadzić w zmniejszonej dawce. Przy ujemnym bilansie wody i sodu należy zliberalizować podaż płynów i soli.

W ostrych przypadkach hipowolemii należy pacjenta odstawić od dializy i uzupełnić płyny.[4]

Powikłania dotyczące ściany brzucha

Przepukliny – występują u 10 - 15 % chorych z CADO z prostym cewnikiem Tenckhoffa. Około 20% przepuklin stwierdza się w bliżniej chirurgicznej po założeniu cewnika, rzadziej w ścianie brzucha w miejscu przejścia cewnika. Inne lokalizacje to: poprzednie blizny po zabiegach operacyjnych, przepukliny nadbrzusza, pępkowe, pachwinowe.

Większość przepuklin jest bezobjawowa, niektóre okresowo powodują niedrożność jelit z wymiotami, nudnościami, bólami brzucha. Powinny być leczone chirurgicznie z zastosowaniem techniki minimalizującej uszkodzenie błony otrzewnowej (np. wszywanie siatki).

Bóle pleców – wynikają prawdopodobnie ze zmiany pozycji ciała (obecność płynu w brzuchu); najbardziej efektywną metodą leczenia są ćwiczenia wzmacniające mięśnie brzucha, ewentualnie zmiana CADO na ADO.

Inne powikłania:

Bóle brzucha, zwłóknienie otrzewnej lub otorbiające zapalenie otrzewnej, perforacja jelit.[4]

Dieta w dializie otrzewnowej

Choroba nerek wywołuje uczucie zmęczenia. Dializa usuwa niektóre produkty przemiany materii oraz nagromadzoną w organizmie wodę. Dializa nie może jednak zastąpić poprawnie funkcjonujących nerek. Aby zabiegi dializ lepiej zastępowały pracę nerek, pacjent musi zwracać uwagę na to co je i pije. Po rozpoczęciu leczenia dializami powraca apetyt.

Białko – Organizm używa białek do budowy tkanek oraz w procesie gojenia. Organizm jest ciągle naprawiany, tkanki organizmu są wymieniane tak, aby były zdrowe. Podczas każdorazowej wymiany płynu usuwane są niepotrzebne produkty przemiany materii, tracone są również białka potrzebne organizmowi dla zachowania zdrowia i siły.



Białka dzieli się na pełnowartościowe i niepełnowartościowe. Białka pełnowartościowe można znaleźć w pokarmach zwierzęcych, np. jajach, drobiu, mięsie ryb. Białka niepełnowartościowe pochodzą z produktów roślinnych, np. warzyw, owoców, zbóż, orzechów oraz suchych nasion fasoli.

Sód – Jest pierwiastkiem, który odgrywa istotną rolę w równowadze płynów ustrojowych oraz w regulowaniu ciśnienia krwi. Sód stanowi 40% składu soli kuchennej.

Gdy nerki nie pracują prawidłowo, nadmiar soli może spowodować:

- wysokie ciśnienie krwi
- zwiększone obciążenie serca
- trudności w oddychaniu
- obrzęk stóp, rąk i twarzy

Potas – Potas obecny w pokarmach jest pierwiastkiem, który może być groźny dla pacjentów dializowanych. Potas jest potrzebny dla pracy mięśni. Znajduje się on głównie w świeżych owocach i warzywach. Gdy nerki pracują prawidłowo, nadmierna ilość potasu pochodząca z pokarmów jest natychmiast usuwana z organizmu. W niewydolności nerek za pomocą dializy nie zawsze można usunąć cały zbędny potas i wówczas zaczyna się on gromadzić w organizmie. Wysoki poziom potasu może doprowadzić do problemów z sercem, włącznie z zatrzymaniem pracy serca.

Wapń i fosfor – Organizm potrzebuje wapnia i fosforu do budowy mocnych zębów i kości. Fosfor znajduje się w wielu artykułach żywnościowych i z reguły człowiek spożywa więcej fosforu niż potrzebuje. Zdrowe nerki usuwają nadmiar fosforu. U pacjentów dializowanych nerki nie pracują, a fosfor gromadzi się we krwi. Wysoki poziom fosforu we krwi powoduje uwalnianie wapnia z kości. Gdy tak się dzieje, kości stają się słabsze, kruche i łamliwe. Znajdujące się we krwi wapń i fosfor ostatecznie są odkładane w tkankach miękkich, stawach i skórze. Powoduje to bóle stawów oraz świąd skóry. Aby utrzymać wapń i fosfor na poziomie prawidłowym, należy przyjmować związki wiążące fosforany. Związki wiążące fosforany są lekami, które łączą się z fosforem w jelitach i powodują jego usunięcie z organizmu zanim dostanie się do krwioobiegu. Związki te mogą wywołać zaparcia. Niestety nie mogą obniżyć poziomu fosforu na tyle, aby zapobiegać uszkodzeniom kości. Dlatego należy spożywać mniej pokarmów bogatych w fosfor. Produkty bogate w fosfor to produkty mleczne: mleko i ser, a ponadto sucha fasola, groszek i orzechy.

Płyny – Dializa usuwa nagromadzoną w organizmie wodę, nie może jednak zastąpić poprawnie funkcjonujących nerek. Może istnieć potrzeba kontroli ilości przyjmowanych płynów. Pacjenci mogą być ograniczeni ilością 1000 ml przyjętych płynów dziennie. Płynami są wszystkie substancje płynne w temperaturze pokojowej, a więc nie tylko woda, herbata, kawa i inne napoje, ale również zupy, sosy, desery.

Kalorie – Kalorie znajdują się w większości pokarmów. Istnieją trzy rodzaje pokarmów zawierających kalorie: węglowodany, białka oraz tłuszcze. Większość kalorii jest w tłuszczach. Jeśli wzrasta zbędna masa ciała, należy zmniejszyć ilość spożywanych cukrów i tłuszczów. [5]

U pacjentów dializowanych otrzewnowo powinno się zastosować kaloryczność na poziomie 35 kcal/kg mc./ dobę u wszystkich pacjentów dializowanych poniżej 60 roku życia. U pacjentów powyżej 60 roku życia spożycie to powinno wynosić 30 – 35 kcal/kg mc./dobę.

Styl życia w dializie otrzewnowej

Rodzina – wpływ na rolę i odpowiedzialność

Choroba nerek zmienia życie pacjenta i jego rodziny. Zmiany mogą być znaczne lub niewielkie i zależą często od stanu fizycznego pacjenta. Jeśli pacjent czuje się dobrze i był w stanie powrócić do większości swoich zajęć z przed dializy, prawdopodobnie zmiany nie będą wielkie. Jeśli natomiast pacjent czuje się źle i zrezygnował z wielu wcześniejszych zajęć, to w trybie życia mogą nastąpić zmiany istotne.

Niektóre z tych zmian to:

- Zmiana podziału obowiązków domowych
- Zmiana osoby pracującej w rodzinie zarobkowo
- Mniej niezależne role życiowe pacjenta i nauczanie się korzystania z pomocy innych
- Sposób spędzania czasu
- Zmniejszenia zainteresowania seksem

Higiena osobista

- 1) Codzienny prysznic powinien być rutyną od chwili zagojenia się miejsca ujęcia cewnika. Odpowiednia higiena osobista zmniejsza ryzyko zakażenia. Podczas codziennej kąpieli pod prysznicem należy upewnić się, że w miejscu ujęcia nie pojawiły się oznaki zakażenia. Po kąpieli pod prysznicem należy wysuszyć okolice miejsca ujęcia i przykleić cewnik plastrem do skóry brzośca, aby zapobiec jego pociąganiu. Nie zaleca się kąpieli w wannie.
- 2) Mycie rąk - Ręce należy myć przez minutę przed każdą wymianą lub pielęgnacją miejsca ujęcia. Należy je mocno trzeć podczas mycia. Najlepszym sposobem uniknięcia zakażenia jest dobre umycie rąk. Przed wymianą lub pielęgnacją miejsca ujęcia ręce trzeba dobrze osuszyć czystym papierowym ręcznikiem. Należy zwrócić szczególną uwagę na paznokcie. Kiedy to tylko możliwe należy używać mydła w płynie zamiast mydła w kostce. Mydło powinno być używane wyłącznie przez chorego dla celów mycia przed pielęgnacją miejsca ujęcia lub wymianą.
- 3) Ubranie – Ponieważ ubranie pozostaje w ścisłym kontakcie ze skórą powinno być zawsze czyste. Jeśli pacjent choruje na cukrzycę, powinien nosić wygodne, delikatne buty, które nie uszkodzą stóp. Bieliznę należy zmieniać codziennie! Ubranie nie powinno uciskać ujęcia cewnika.
- 4) Sucha, swędząca skóra – Sucha i swędząca skóra może być istotnym problemem u pacjentów dializowanych otrzewnowo. Powodem są produkty przemiany materii, a w szczególności fosforany kumulujące się we krwi. Można zmniejszyć świąd dokonując wymian w różnych odstępach czasu oraz stosując zalecane związki wiążące fosforany.
- 5) Higiena jamy ustnej – Z powodu nagromadzenia się produktów przemiany materii pacjenci dializowani częściej mają infekcję w obrębie jamy ustnej i „zły oddech”. Zęby należy regularnie szczotkować i czyścić nicią dentystyczną. Należy myć zęby przynajmniej dwa razy dziennie i regularnie poddawać się kontroli stomatologicznej.
- 6) Aktywność fizyczna

Pacjenci dializowani otrzewnowo łatwiej tyją. Istnieje wiele przyczyn np. spożywanie zbyt wielu słodczy lub tłuszczów, przyjmowanie zbyt dużej ilości płynów w diecie co powoduje potrzebę stosowania worków o wyższym stężeniu glukozy, a więc bogatszych w kalorie. Należy starać się zachować szczupłą sylwetkę przez regularne ćwiczenia fizyczne.

Wraz z rozpoczęciem leczenia dializą otrzewnową pacjenci zaczynają czuć się lepiej i łatwiej im podejmować wysiłek fizyczny. Należy zwiększać powoli ilość ćwiczeń fizycznych. Można je rozpocząć od prac domowych lub spacerów, aby potem uprawiać sporty, jak tenis, golf lub np. ogrodnictwo. Ćwiczenia fizyczne należy uprawiać przynajmniej 3x w tygo-

dniu przez 15 – 20 minut. Rodzaj ćwiczeń zależy od wieku i stanu fizycznego. Zawsze należy o to zapytać nefrologa. Po pływaniu lub innych ćwiczeniach należy jak najszybciej wziąć prysznic i wykonać pielęgnację miejsca ujęcia cewnika.

Seksualność

W czym tkwią problemy?

U mężczyzn i kobiet z ciężką niewydolnością nerek oraz leczonych dializami pojawiają się zmiany aktywności płciowej. Mężczyźni mogą zaobserwować mniejsze zainteresowanie seksem, utrudnienie erekcji i/lub przeżycia orgazmu. Kobiety również doświadczają zmniejszenie zainteresowania sferą seksu, podniecenia płciowego i możliwości osiągnięcia orgazmu. U kobiet często zanikają miesiączki lub zmniejsza się ich częstotliwość. U niektórych kobiet menstruacja powraca po rozpoczęciu dializ, oraz gdy ich stan zdrowia się poprawi. Miesiączki mogą być obfite, nieregularne lub/i dłuższe niż zazwyczaj. Ponieważ należy unikać nadmiernej utraty krwi, lekarz powinien być poinformowany o tych zaburzeniach.

Podróże

Krótkie wycieczki: nawet wyjeżdżając na krótką wycieczkę należy informować personel stacji dializ. Przygotuje ona informacje, które należy zabrać ze sobą oraz skontaktuje się on ze stacjami dializ w miejscu do którego wyjeżdżamy. Osobę odpowiedzialną za dostarczenie worków z płynem dializacyjnym należy poinformować przynajmniej na dwa tygodnie przed wyjazdem.

Długie wycieczki: wyjazd zagraniczny musi być potwierdzony pisemnie przez stację dializ. [5]

KATARZYNA KOŚCIELNIAK

Bibliografia:

- 1) Ash S. A., Daugirdas J.T. Cewniki do dializy otrzewnowej. (w:) red.: Daugirdas J.T., Podręcznik dializoterapii, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008 r., str. 227
- 2) Blake P.G., John T., Daugirdas J.T. Fizjologia dializy otrzewnowej (w:) red.: Daugirdas J.T., Podręcznik dializoterapii, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008 r., str. 205-214
- 3) Dializa otrzewnowa – podręcznik szkoleniowy dla pacjentów, Wydawnictwo: Fresenius Medical Care, Copyright 2007 r. str.19, 21, 27 – 34, 64 – 72
- 4) Grzegorzewska A. Patofizjologiczne podstawy dializy otrzewnowej, (w:) red.: Rudkowski B., Dializoterapia w praktyce pielęgniarskiej, Wydawnictwo: MAK – med., Gdańsk 1998 r., str. 187 – 189
- 5) Heimbürger O., Bläde P.G. Aparat do dializy otrzewnowej, (w:) red.: Daugirdas J.T., Podręcznik dializoterapii, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008 r., str. 216
- 6) Konon I., Liberek T., Lichodziejska - Niemierko M. Ciągła ambulatoryjna dializa

otrzewnowa, (w:) red.: Rudkowski B., Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej, Wydawnictwo: Via Medica, Gdańsk 2009, str. 276,283

- 7) Książek A. Automatyczna dializa otrzewnowa, (w:) red.: Rudkowski B., Dializoterapia w praktyce pielęgniarskiej, Wydawnictwo: MAK – med., Gdańsk 1998 r., str. 212 – 217
- 8) Liberek T., Goluch K., Lichodziejska – Niemierko Ciągła ambulatoryjna dializa otrzewnowa, (w:) red.: Rudkowski B., Dializoterapia w praktyce pielęgniarskiej, Wydawnictwo: MAK – med., Gdańsk 1998 r., str. 199, 203, 206, 207
- 9) Lichodziejska – Niemierko M., Penar J., Małyško J. Powikłania dializy otrzewnowej, (w:) red.: Rudkowski B. Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej, Wydawnictwo: Via Medica, Gdańsk 2009, str. 305 – 312
- 10) Mierzicki P., Książek A., Łukowska W. Dostęp do dializy otrzewnowej i zasady jego pielęgnacji (w:) red.: Rudkowski B., Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej, Wydawnictwo: Via Medica, Gdańsk 2009, str. 267
- 11) Stompór T., Sułowicz W., Władysław D. Płyny stosowane w dializie otrzewnowej, (w:) red.: Rudkowski B., Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej, Wydawnictwo: Via Medica, Gdańsk 2009, str. 293
- 12) Sułowicz W., Stompór T. Płyny stosowane w dializie otrzewnowej, (w:) red.: Rudkowski B., Dializoterapia w praktyce pielęgniarskiej, Wydawnictwo: MAK – med., Gdańsk 1998 r., str. 220
- 13) Szyska G., Książek A., Liberek T. Automatyczna dializa otrzewnowa, (w:) red.: Rudkowski B., Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej, Wydawnictwo: Via Medica, Gdańsk 2009, str. 286 – 292
- 14) Urbaniak M., Białobrzaska B. Charakterystyka przewlekłej choroby nerek, (w:) red.: Białobrzęski B., Kłis A., Jak dbać o dostęp do dializy, Wydział do hemodializy, Wydawnictwo: Via Medica, Gdańsk 2009, str. 9

„Żyje ten, kto pozostaje
w sercach bliskich...”

*Z głębokim żalem i smutkiem zawiadamiamy iż
w dniu 19 sierpnia 2010 roku odeszła
nasza Koleżanka Pielęgniarka*

Jędrysiak Helena

*Wyrazy szczerego współczucia Rodzinie
składają Dyrekcja i wszyscy pracownicy
Wiejskiego Ośrodka Zdrowia w Stanisławowie
oraz Ośrodka Terapii Uzależnień od Alkoholu
w Parzymiechach.*

POLECAMY CIĘ BOŻEJ OPIECE

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

/pok. 302/

15.00 - 17.00

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

Kierownik Ośrodka Szkoleniowego: pn 8.00-13.00, śr 8.00-15.00, cz-pt 8.00-17.00

Deutsch für Krankenpflege und Hebammenkunde

Podręcznik

Maciej Ganczar, Barbara Rogowska

Podręcznik „Deutsch für Krankenpflege und Hebammenkunde“ (Język niemiecki dla pielęgniarstwa i położnictwa) obejmuje wybraną tematykę z zakresu pielęgniarstwa oraz położnictwa.

Książka składa się z czternastu rozdziałów z tekstami, ćwiczeniami i zadaniami, poświęconymi wybranemu tematowi. Poza słownictwem i wypracowaniem umiejętności rozumienia tekstu pisanego podręcznik kształci praktyczne umiejętności z zakresu komunikacji zawodowej, a nagrania audio pozwalają rozwinąć umiejętności rozumienia ze słuchu i mówienia.

Znajdujące się na marginesach każdego rozdziału glosariusze niemiecko-polskie oraz umieszczone na końcu książki słowniczki: niemiecko-polski oraz polsko-niemiecki umożliwiają samodzielną pracę z tekstem. W końcowej części podręcznika znajdują się transkrypcje nagranych tekstów i klucz rozwiązań, które umożliwiają uczącym się samodzielnie, sprawdzenie postępów w nauce.

ISBN 978-83-200-4029-6, wydanie I, format 18,5 x 23 cm, 276 stron, 4 ilustracje, płyta CD, oprawa miękka, cena katalogowa 106 zł



Zamówienie można składać:

- w księgarni internetowej: www.pzwl.pl
- pisemnie wysyłając na adres: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 02-672 Warszawa 113, skr. poczt. 16
- telefonicznie: 22 695 44 80 lub pod numerem infolinii: 801 142 080
- faksem: 22 695 44 87



Język angielski dla pielęgniarzek

Kurs podstawowy

Ewelina Małko, Christopher Govender-Kubiec

Podręcznik przeznaczony jest do nauki języka angielskiego ogólnego i zawodowego na poziomie elementarnym. Publikacja umożliwia doskonalenie języka ogólnego z uwzględnieniem podstawowego zakresu słownictwa używanego w medycynie.

Uwzględniono w nim szczególnie potrzeby edukacyjne pielęgniarzek planujących podjęcie pracy zawodowej za granicą.

Układ materiału oraz proponowane ćwiczenia są pomyślane tak, że przez stopniowe rozwijanie zasobu słownictwa prowadzą do poziomu umożliwiającego swobodne porozumiewanie się zarówno w sytuacjach codziennych, jak i zawodowych.

Powtórzenia, przykłady oraz nagrania audio stanowią solidną podstawę wielopłaszczyznowej, szybkiej i skutecznej nauki. Materiał zgromadzony na płytach CD pozwala stopniowo i efektywnie przełamywać bariery mówienia i rozumienia języka obcego.

Autorzy polecają zastosowanie podręcznika nie tylko jako książki kursowej dla szkół medycznych oraz szkół językowych prowadzących kursy specjalistyczne, ale również jako podstawę do nauki indywidualnej.

ISBN 978-83-200-4090-6, wydanie I, format 16,5 x 23,5 cm, 176 stron, oprawa miękka, cena katalogowa 55 zł

Zamówienie można składać:

- w księgarni internetowej: www.pzwl.pl
- pisemnie wysyłając na adres: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 02-672 Warszawa 113, skr. poczt. 16
- telefonicznie: 22 695 44 80 lub pod numerem infolinii: 801 142 080
- faksem: 22 695 44 87

Jubileusz X-lecia Domu Pomocy Społecznej w Lelowie

