

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Egzamin końcowy kursu specjalistycznego

„Edukator w cukrzycy Nr 02/11”

Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
dnia 23 kwietnia 2013 roku.



Maj 2013r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25

II. Regionalna Konferencja Naukowa „Współczesna anestezjologia i intensywna terapia. Diagnostyka w intensywnej terapii”.

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. NMP w Częstochowie
i firma „SPHINX” Biuro Konsultingowe w Częstochowie
w dniach 11. – 12. kwietnia 2013



W NUMERZE:

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki
i Położnej
100 lecie szpitala
Uchwały
Kalendarium
Ministerstwo Zdrowia
Konsultant krajowy
Naczelna Rada Pielęgniarek
i Położnych
Prace dyplomowe
Interpelacja Poselska
Informacje

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

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

Adres Redakcji:

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

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

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86
szkolenia@oipip.czyst.pl

sekretariat@oipip.czyst.pl
www.oipip.czyst.pl

MILLENNIUM BANK
nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora
Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Płaza

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

Odpowiedzialność za zawartość
merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

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

8 maja – Dzień Położnej

12 maja - Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki

8 maja – to dzień, w którym położne w Polsce obchodzą swoje święto – **Dzień Położnej**, w rocznicę urodzin wielkiej postaci polskiego położnictwa Stanisławy Leszczyńskiej, która uwięziona w niemieckim obozie koncentracyjnym Auschwitz II – Birkenau (jako więzień nr 41335), pełniła tam funkcję położnej.

12 maja został przez Światową Organizację Zdrowia ustanowiony **Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki**. Tego dnia bowiem we Florencji urodziła się najsłynniejsza na świecie pielęgniarka – Florence Nightingale, uważana jest za twórczynię nowoczesnego pielęgniarstwa.

Pielęgniarstwo i położnictwo - to profesje szczególne. Zawody, których przedstawiciele towarzyszą każdemu z nas od chwili narodzin aż do schyłku życia. Wymagające: profesjonalizmu, na który składa się doskonałe przygotowanie merytoryczne, systematycznego podnoszenie kwalifikacji, ale też, jak w rzadko którym zawodzie – posiadania określonych cech charakteru, które bez względu na okoliczności pozwalają działać na rzecz ludzi chorych, niepełnosprawnych, bezbronnych, wymagających pielęgnacji, ale i wsparcia w niewyobrażalnym niekiedy cierpieniu.

W tym roku hasłem obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki, zgodnie z ustaleniem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, jest **„Niwelowanie różnic – Milenijne Cele Rozwoju”**. To hasło znakomicie wpisuje się w kierunki polityki zdrowotnej w Polsce, jako że celem strategicznym Narodowego Programu Zdrowia na lata 2006-2015 jest poprawa zdrowia i związanej z nim jakości życia ludności, a dla jego osiągnięcia prowadzone są działania w kierunku zmniejszenia różnic w zdrowiu i dostępie do świadczeń zdrowotnych.

Dobrze funkcjonujący system ochrony zdrowia ma na celu wydłużenie trwania życia i jego dobrej jakości, a rola pielęgniarek i położnych jest tu ogromna. Prowadzenie edukacji zdrowotnej i kampanii informacyjnych w środowiskach lokalnych, w szkołach, z wykorzystaniem nowoczesnych technologii informacyjnych. Rozpoznawanie, szczególnie przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej, potrzeb społecznych i docieranie do tych wszystkich osób, które z różnych powodów mają ograniczony dostęp do opieki zdrowotnej. Pamiętajmy też o tym, że w sytuacji starzenia się społeczeństw i problemów z tym związanych, musi być miejsce na zapewnienie godziwej opieki osobom przewlekle chorym.

Co roku na całym świecie w dniu urodzin „Pani z lampą” prekursorki nowoczesnego pielęgniarstwa tj. dzień 12 maja, obchodzony jest **Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki**, który został ustanowiony w 1973 roku na Kongresie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek w Meksyku.

Życzę każdej pielęgniarsce, aby szczególnie tego dnia przeżyła chwilę niezłomnej pewności, że tylko w tym miejscu, w tym zawodzie jest sobą.

Co roku również w Polsce w dniu urodzin Stanisławy Leszczyńskiej tj. dzień 8 maja obchodzony jest Dzień Położnej. Życzę każdej położnej, aby w tym dniu czuła, że zawód który wykonuje to zawód pełen czułości, oddania i poświęcenia dający satysfakcję i zadowolenie.



Pani z lampą XXI wieku

Florence Nightingale (urodzona 1820- zmarła 1910) - urodziła się we Florencji, w zamożnej, arystokratycznej rodzinie angielskiej. Otrzymała wszechstronne wykształcenie: studiowała starożytność, biegle władała czterema językami.

W wieku 25 lat oznajmiła rodzicom, że chce zostać pielęgniarką. Rodzice byli temu nieprzychylni, ponieważ w dawnych czasach, pielęgniarstwem zajmowały się, nie licząc zakonnice, głównie kobiety z marginesu społecznego, warunki pracy były zaś tak ciężkie, że angielskie sądy chętnie zamieniały karę więzienia na pracę w szpitalu. Pierwszy punkt ówczesnego regulaminu szpitalnego dla pielęgniarek pisał: "Zabrania się wyrzucania przez okna kości i łachmanów (...)"

Florence zrezygnowała z małżeństwa i została przełożoną zakładu dla chorych dam z towarzystwa. Gdy wybuchła wojna krymska Nightingale udała się na front razem z ochotniczkami. W 1856 roku Florence wróciła do Anglii jako bohaterka narodowa.

W 1860 roku Nightingale, dzięki zebranych funduszom przez wdzięcznych żołnierzy, założyła pierwszą świecką szkołę pielęgniarek przy Szpitalu św. Tomasza w Londynie.

Czuwała, by kształcenie odbywało się ściśle wg jej zaleceń i programu. Dwie najważniejsze zasady funkcjonowania szkoły brzmiały:

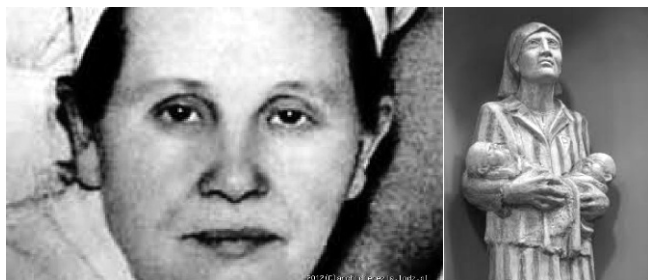
- 1. Pielęgniarki powinny być technicznie wyszkolone w specjalnie do tego celu zorganizowanych szpitalach.**
- 2. Pielęgniarki powinny mieszkać w internatach, aby można było czuwać nad ich moralnością i karnością.**

Przez wiele lat szkoła nie wydawała absolwentkom żadnych świadectw, a jedynie zapisywano ich nazwiska w specjalnym wykazie. Zdaniem F. Nightingale, miało to - "w razie złego prowadzenia się" - zapobiegać nadużywaniu dyplomu.

Idea pielęgniarstwa szybko rozchodzi się po całym Świecie. Przełom wieku XIX i XX przynosi ogromny rozwój zawodu, szczególnie w Stanach Zjednoczonych, gdzie powstają liczne szkoły, a wykształcone w nich pielęgniarki przekazują dalej swoją wiedzę i zaangażowanie, organizując kursy i szkoły dla pielęgniarek w różnych krajach, w tym w Polsce.

W 1904 r. Florence Nightingale nadano tytuł "Lady of Grace" orderu św. Jana Jerozolimskiego, a w 1907 r. najwyższe odznaczenie - Order Zasługi "of Merit". Umiera w wieku 90 lat, otoczona powszechnym szacunkiem i uznaniem.

W 1912 r. Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża ustanowił Medal im. Florence Nightingale. To najwyższe i najbardziej zaszczytne odznaczenie pielęgniarskie jest przyznawane co 2 lata za wybitną działalność zawodową i humanitarną, bohaterską postawę w czasie działań wojennych i klęsk żywiołowych, a także za szczególne zasługi organizacyjne.



Położna z Oświęcimia

Stanisława Leszczyńska urodzona 8 maja 1896 w Łodzi, zmarła 11 marca 1974

Stanisława Leszczyńska, położna, została aresztowana 17 kwietnia 1943 roku wraz z córką Sylwią i przewieziona do obozu Oświęcim-Brzezinka, gdzie otrzymała nr 41335. W swoim „Raporcie położnej z Oświęcimia” oraz w życiorysie napisanym kilka miesięcy przed śmiercią, wspomina: „Wychowałam się w trudnych warunkach, gdyż ojciec został zabrany do wojska, a matka pracowała w łódzkiej fabryce, przebywając czternaście godzin poza domem. Przez trzydzieści osiem lat pracowałam jako położna, z tego dwa lata w Oświęcimiu-Brzezince. W napływających transportach więźniów wiele było kobiet ciężarnych. Pracowałam dzień i noc w najokropniejszych warunkach, gdzie pełno było brudu, robactwa i chorób zakaźnych. Brak było wody do obmycia matki i noworodka; nie było materiałów opatrunkowych ani leków. Porody odbywały się na zbudowanym z cegieł piecu w kształcie kanału. Kobiety leżały na gołych deskach, których ostre kanty odganiały ciało. Bardzo kochałam małe dzieci. Pracowałam z modlitwą na ustach, dlatego nie miałam żadnego przypadku zakażenia. Wszystkie groźne sytuacje kończyły się zawsze szczęśliwie. Odebrałam ponad trzy tysiące porodów – obóz przeżyło tylko trzydzieścioro dzieci”.

Jej wielkość polega na tym, że ludziom skazanym na zagładę, wtrąconym na dno nędzy i poniżenia, przywracała człowieczeństwo. Nie żyła dla siebie; oddała siebie na służbę matce i dziecku bez reszty, nie myśląc o osobistym szczęściu, do którego każdy człowiek ma prawo. Z odwagą i męstwem szła przez życie pełna poświęcenia, bolejąca nad nędzą ludzką i dolą sierot. Więźniarki oświęcimskie nadały jej najpiękniejsze imię – Matka.

Stanisława Leszczyńska „Liczyła każdą chwilę, aby jej nie zmarnować. Od rana do nocy miała ręce pełne roboty. Dla chorych miała zawsze uśmiech na twarzy, życzliwe słowo, czułe spojrzenie. To człowiek o wielkim sercu, kryształowym charakterze, pełna dobroci i litości”.

Leszczyńska w tamtym okrutnym świecie była wyjątkową osobowością. Wystarczyło spojrzeć jej w oczy, a wiedziało się – to jest człowiek. Nikogo nie oskarżała, wszystkich broniła. Po wyjściu z obozu zamieszkała w Łodzi, gdzie kościół Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny był jej ulubioną świątynią.

W 1973 roku stan jej zdrowia znacząco się pogorszył. Zmarła 11 marca 1974 r., a jej pogrzeb odbył się na cmentarzu św. Rocha na Radogoszczu w Łodzi.

Od 1992 roku archidiecezja łódzka prowadzi proces beatyfikacyjny Stanisławy Leszczyńskiej. Działa także wspierający matki Fundusz Ochrony Macierzyństwa im. Stanisławy Leszczyńskiej. „Położna z Oświęcimia” jest również patronką łódzkiego Domu Samotnej Matki.

W setną rocznicę urodzin Stanisławy Leszczyńskiej (w 1996 roku) jej szczątki zostały przeniesione z cmentarza do kościoła Wniebowzięcia NMP, w którym została ochrzczona. W każdy

wtorek odbywają się tam nabożeństwa w intencji szczęśliwych porodów.

3 maja 1982 roku pielęgniarki złożyły na Jasnej Górze wotum za 600 lat obecności Cudownego Obrazu. Był nim „Kielich Życia i Przemiany Narodu” - wykonany ze złota kielich mszalny, zdobiony czterema figurami z kości słoniowej - królowej Jadwigi Andegaweńskiej, królowej Jadwigi Trzebnickiej, siostry Marii Teresy Ledóchowskiej i właśnie Stanisławy Leszczyńskiej (w czepku i szpitalnych chodakach, trzymając noworodka). Te cztery postacie zostały wybrane jako najważniejsze kobiety w historii chrześcijaństwa w Polsce.

„Raport położnej z Oświęcimia” Stanisławy Leszczyńskiej Alina Nowak przerobiła na „Oratorium oświęcimskie”. To wstrząsający dokument o losie matek i dzieci urodzonych w obozie. Wielkie memento, które wstrząsnąć musi sumieniem wszystkich ludzi, aby poznali, że trzeba ratować każde życie ludzkie, bronić praw bezbronnych dzieci, zachować człowieczeństwo w najbardziej groźnych sytuacjach życiowych. Alina Nowak, autorka wspomnień pt. „Była dla nas matką”, tak pisze: „Słów Leszczyńskiej – nigdy nie wolno zabijać dzieci – nie mogą nie słyszeć matki ciężarne, pracownicy służby zdrowia, przedstawiciele prawa, nawet duchowni. Jeżeli epoka nie usłyszysz tych słów i nie zrozumie ich treści, zginie”.

Dziś, w przyszłości i zawsze zwyciężyć musi człowiek i to, co w nim jest najlepsze. ■

Hymn Pielęgniarek

1. W świat niesiemy swe serca gorące,
Najpiękniejszą głosimy ideę,
Aby ludziom dać spokój i słońce,
By cierpiącym przywrócić nadzieję..

2. W służbie naszej przodować będziemy
Dla Ojczyzny, Jej dobra pracować,
A gdy trzeba i ginąć będziemy,
Aby życie człowieka ratować.

Bis

W służbie naszej przodować będziemy
Dla Ojczyzny, Jej dobra pracować,
A gdy trzeba i ginąć będziemy,
Aby życie człowieka ratować.

3. Zawód nasz przeszedł wielkie dni chwały
Gdy o wolność się walki toczyły,
Pielęgniarki na frontach też były
I ofiarnie swą służbę pełniły.

4. My nie chcemy ni wojen, ni bojów
Dość krwi bratniej i ofiar faszyzmu
My jesteśmy siostrami pokoju,
Służyć chcemy idei humanizmu.

Bis

My nie chcemy ni wojen, ni bojów
Dość krwi bratniej i ofiar faszyzmu
My jesteśmy siostrami pokoju,
Służyć chcemy idei humanizmu.



Prekursorka pielęgniarstwa

**Florencja
Nightingale**

(1820-1910)

**Wpływ pielęgniarek na rozwój
Szpitala im. dr L. Rydygiera w Częstochowie**

Szpital im. dr Ludwika Rydygiera w tym roku obchodzi jubileusz 100 lecia. Nie można oddać się żadnemu zawodowi, ani rozumnie, ani korzystnie, o ile nie zna się jego historii. Historia pracy pielęgniarki powstała w ciągu dwóch ostatnich stuleci XIX i XX w., aczkolwiek czynności związane z szeroko pojętą opieką nad chorym, w tym nad dzieckiem, osobą dorosłą czy w podeszłym wieku sprawowane były „od zawsze”, od kiedy istnieje ludzkość. Potoczna nazwa „siostra” wywodzi się z genezy posługi, poprzez pomoc udzielaną chorym. Pod koniec XIX w., nastąpiło ugruntowanie się pojęć pielęgniarka-pielęgniarska, w następstwie funkcjonowania pielęgowania, jako już usankcjonowanego elementu terapii medycznej.

Historię kształtu i wyglądu nakrycia głowy pielęgniarek obrazuje galeria czepków przedstawiona na zdjęciach.

Zdjęcie nr 1 Galeria czepków pielęgniarskich



Źródło : <http://www.wykop.pl/ramka/1146219/symbole-pielęgniarskie-czepek/>

Pielęgniarstwo jako zawód świecki stworzyła Florencja Nightingale (1820-1910). W roku 1859 wydała "Uwagi o szpitalnictwie", które były efektem jej 13-letniej pracy prowadzonej w różnych szpitalach. Zawierały one uwagi dotyczące budowy, rozwiązań architektonicznych, wyposażenia i organizacji pracy szpitala.

Umowną datą początku nowoczesnego pielęgniarstwa był rok 1860 tj. data założenia pierwszej szkoły pielęgniarstwa przy Szpitalu Św. Tomasza w Londynie.

W Polsce pierwszą szkołą pielęgniarstwa była otwarta w Krakowie w 1911 roku Szkoła Zawodowych Panien Ekonomek św. Wincentego a'Paulo, tzw. Stara Szkoła Krakowska. Nauka trwała trzy półrocza - jedno teoretyczne, dwa praktyczne. Później wydłużono nauczanie do

dwóch lat. Główną rolę w staraniach o zorganizowanie szkoły odegrały, we współdziałaniu z grupą lekarzy krakowskich, Maria Epstein (1875-1947), Anna Rydlówna (1884-1969).

Zdjęcia nr 2 Maria Epstein, Anna Rydlówna, Zofia Szlenkierówna



Maria Epstein

Anna Rydlówna

Zofia Szlenkierówna

Źródło: <http://www.google.com/search?q>

Okres od 1918 roku do wybuchu drugiej wojny światowej to czas intensywnego rozwoju nowoczesnego pielęgniarstwa w Polsce do którego szczególnie przyczyniła się Zofia Szlenkierówna (1882-1939), zasłużona pionierka szkolnictwa i pielęgniarstwa w Polsce. Ogółem w Polsce w latach 1918-1939 powstało 9 szkół pielęgniarskich, a 7 z nich działało jako samodzielne, niezależne od szpitali jednostki, przygotowujące zarówno do opieki nad człowiekiem chorym jak i do podejmowania praktyki w innych instytucjach, przede wszystkim w ośrodkach zdrowia.. Należały do nich szkoły w:

- Warszawie - Szkoła Pielęgniarstwa (1921r), Szkoła Pielęgniarek przy Szpitalu Starozakonnym (1923),
- Poznaniu - Wyższa Szkoła Pielęgniarek i Higienistek (1921r),
- Krakowie - Uniwersytecka Szkoła Pielęgniarek i Opiekunek (1925r).

Szkolnictwo ówczesne stało na dobrym poziomie co dawało wymierne efekty w opiece nad chorym. Wybuch drugiej wojny światowej spowodował regres w kształceniu pielęgniarek. Po zakończeniu wojny braki w wykształceniu uzupełniono kursami tzw. „młodszych pielęgniarek”. Kurs trwał 600 godzin. Organizatorzy uważali, że braki w wykształceniu uzupełni praktyka.

W Częstochowie pierwszą szkołą medyczną było Liceum Felczerskie, a następnie Państwowa Szkoła Felczerska, która kształciła w latach 1950-1958. Kolejno zorganizowano Państwową Szkołę Położnych działającą zaledwie 2 lata.

Zdjęcie nr 3 Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa w Częstochowie



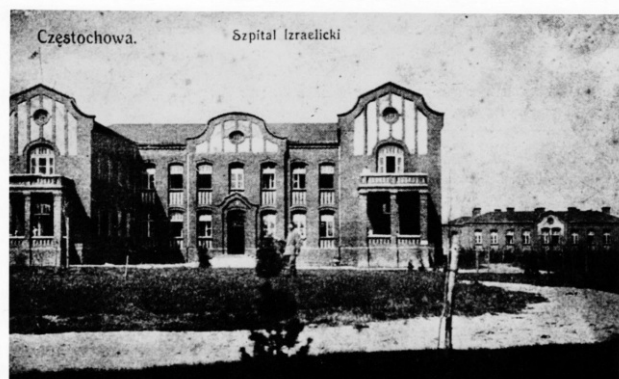
Źródło: Zbiory Pielęgniarki Irminy Tomaszewskiej

Od 1.09.1958r. powstała Państwowa Szkoła Pielęgniarstwa o dwu letnim cyklu nauczania dla absolwentek liceum ogólnokształcącego. W 1961r. powstało 4 letnie Państwowe Liceum Pielęgniarstwa na podbudowie 8 klas szkoły podstawowej. 1 września 1965r została ona przekształcona w Liceum Medyczne Pielęgniarstwa o 5 letnim cyklu kształcenia na podbudowie szkoły podstawowej. Od roku 1971 szkoła przyjęła nazwę Medyczne Studium Zawodowe. W 1972r Liceum Medyczne i Medyczne Studium Zawodowe przemianowano na Zespół Szkół Medycznych w Częstochowie gdzie został otwarty Wydział Położnych, realizujący 2,5-letni cykl kształcenia oraz Wydział Radiologii - który po zakończeniu cyklu kształcenia uległ likwidacji. W roku szkolnym 1996/97 mury szkoły opuściły ostatnie absolwentki 5 letniego Liceum Medycznego. Od 1998r. Medyczne Studium Zawodowe wchodzi w skład Zespołu Szkół im. dr Wł. Biegańskiego - ostatni nabór na kierunek pielęgniarka i położna odbył się w roku szkolnym 2001/2002. Obecnie Studia I stopnia (licencjackie) w systemie stacjonarnym to 7 - semestralne studia licencjackie dla osób posiadających świadectwo dojrzałości i chcących zdobyć wykształcenie uprawniające do podejmowania pracy w zawodzie pielęgniarki. Kształcenie takie w Częstochowie odbywa się w Wyższej Szkole Zarządzania oraz Akademii Polonijnej.

Pielęgniarstwo to samodzielny zawód z grupy specjalistów do spraw zdrowia. Sprawuje opiekę medyczną nad pacjentem (m.in. pielęgnacja pacjenta, podawanie leków, wykonywanie iniekcji, wlewów dożylnych), asystuje lekarzowi w czasie zabiegów, operacji, wypełnia zlecenia lekarskie w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji, a także zajmuje się szeroko rozumianą edukacją zdrowotną i promocją zdrowia. Dawniej pielęgniarka posiadała wykształcenie średnie (liceum medyczne, medyczne studium zawodowe), a obecnie wyższe pierwszego stopnia (licencjat pielęgniarstwa), drugiego stopnia (magister pielęgniarstwa) a nawet trzeciego stopnia (doktor nauk o zdrowiu) uzyskiwany na wydziałach Zdrowia Publicznego lub Pielęgniarstwa i Położnictwa uczelni medycznych.

100 letni Szpital im. dr L. Rydygiera obecna nazwa SP ZOZ Miejski Szpital Zespolony przyjmuje i leczy pacjentów nie tylko z Częstochowy, ale również z okolicznych miejscowości. Należy wspomnieć, że ochrona zdrowia w Częstochowie obejmuje również opieką osoby przybywające do miasta maryjnego, czyli pielgrzymów.

Zdjęcie nr 4 Częstochowa 1913 rok Szpital Częstochowski Towarzystwa Dobroczynności dla Żydów na Zawodziu, obecnie Zespół Szpitali Miejskich przy ul. Mirowskiej w Częstochowie



Źródło: Zbiory dr M. Wyględowskiego

Szpital im. dr L. Rydygiera wpisał się piękną kartą w historię mieszkańców Częstochowy. Inicjatorem budowy szpitala było

powstałe 27 marca 1899 roku Towarzystwo Dobroczynności dla Żydów. W 1900 roku władze miasta przekazały nieodpłatnie działkę w wieczyste użytkowanie. Prace budowlane rozpoczęły się w roku 1908r a otwarcie Szpitala Izraelickiego nastąpiło 19 listopada 1913 roku. Szpital funkcjonował do 3.09.1939 roku, wtedy to w trybie natychmiastowym okupant nakazał ewakuację do zastępczego obiektu przy ul. Sowińskiego, później do budynku Ochronki dla Małych Dzieci przy ul. Przemysłowej gdzie Niemcy wtargnąwszy do szpitala, strzelali do chorych, lekarzy i pielęgniarek. Personel i chorzy zginęli. Powód bestialskiego mordu do chwili obecnej jest nieznany. Podobne przypadki były stosowane w całym kraju a najwięcej w Warszawie.

W Szpitalu na „Zawodziu” stacjonowała kompania Schutzpolizei. Częściowo zdewastowany szpital od 17.01.1945-1946 roku dostał się w ręce wojsk radzieckich i funkcjonował jako szpital polowy. Po szpitalu polowym zostały tylko budynki w nie najlepszym stanie. Pierwszym powojennym kierownikiem szpitala na „Zawodziu” został doskonały chirurg Władysław Karczewski.

Razem z lekarzami w Szpitalu Izraelickim, później Szpitalu im. dr Ludwika Rydygiera pracowały i mieszały pielęgniarki oraz personel pomocniczy.

Zdjęcie nr 5 Pielęgniarki Szpitala Izraelickiego -1933r



Źródło: Zbiory dr M. Wyględowskiego

Pierwszą przełożoną szpitala była Helena Majtliś, której podlegały oddziały. Kolejnymi przełożonymi były Maria Kucia (1952-1955), Zofia Cichecka (1955-1957), Halina Michalska (1959-1961), Anna Borasińska (1961), Regina Wójcik (1963-1968), mgr Halina Surowiak (1969-1970), Janina Chrzastek (1980-1982), Czesława Żyła (1983-2001), mgr Elżbieta Straś (2003-2004), później Naczelną Pielęgniarek : mgr Krystyna Przewieźlik (2001- 2007) i od 2007 do chwili obecnej mgr Joanna Dziedzic.

Zdjęcia nr 6 Przełożone i Naczelnie Szpitala im.dr L. Rydygiera w Częstochowie



Zofia Cichecka

Anna Borasińska-Grochulska

Regina Wójcik



Halina Surowiak

Janina Chrzastek

Czesława Żyła



Elżbieta Straś

Krystyna Przewieźlik

Joanna Dziedzic

Źródło: Zbiory dr M. Wyględowskiego i zbiór własny

Podlegają jej pielęgniarki oddziałowe: Wiesława Milczarek, Izabella Kaczmarek, Jolanta Operacz, Dorota Grzelińska, Krystyna Warmus, mgr Anna Kaźmierczak, mgr Elżbieta Zatoń, Lidia Ślęzak, Małgorzata Kowalik, mgr Alina Jaksender oraz Koordynująca pracą pielęgniarek w przychodni specjalistycznej Anna Pitra Słabosz.

Zdjęcie nr 7 Pielęgniarki Oddziałowe, Koordynujące, Naczelną Pielęgniark, Dietetyczka - dziś



Źródło: Zbiór własny 2013r

Szpital na początku liczył 50 łóżek i miał charakter szpitala ogólnego. Nie mam dokładnych danych ile w tym czasie zatrudnionych było pielęgniarek. Wiem jednak, że w okresie powojennym liczba ich znacznie wzrosła wraz ze zwiększeniem łóżek. Szpital liczył już 100 łóżek. Pierwszym oddziałem, który funkcjonował był Oddział Chirurgii Ogólnej.

Zdjęcie 8 Personel Oddziału Chirurgii Ogólnej- kiedyś

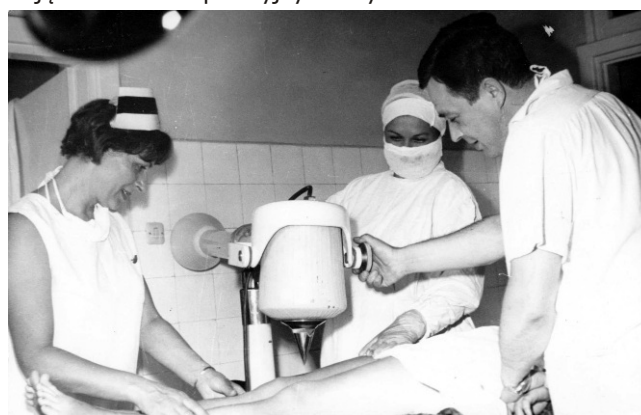


Zdjęcie nr 9 Przełożona Pielęgniarek z Oddziałowymi 1988rok



Źródło: Zbiory Pielęgniarki Izabelli Kaczmarek

Zdjęcie nr10 Blok operacyjny - kiedyś



Źródło: Zbiory dr M. Wyględowskiego

Zdjęcie nr 11 Blok operacyjny dziś



Źródło: Zbiory własne 2013r

Zdjęcie nr 12 Personel Oddziału Chirurgii Urazowej i Ortopedii - kiedyś



Źródło: Zbiory dr M. Wyględowskiego

Zdjęcie nr 13 Pielęgniarki Oddziału Chirurgii Urazowej i Ortopedii - dziś



Źródło: Zbiór własny 2013r

Kolejnie powstały oddziałami były: Oddział Laryngologii (1949r) - 35 łóżkowy, Oddział Chirurgii Dziecięcej (1950r) - 46 łóżkowy, Oddział Urologii (1960r) - 50 łóżkowy, Oddział Chirurgii Urazowej i Ortopedii (1962r) - 50 łóżkowy. W 1974r utworzony został dział anestezji, który od 1982r przekształcił się w Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - 7 łóżkowy. W rok później czyli w 1983r powstał Oddział Chorób Wewnętrznych 40 łóżkowy.

Specyfika i metody leczenia na przełomie lat ulegały zmianie. Dokładniej mówiąc wraz z nowo otwartymi oddziałami, nowymi metodami leczenia stosowanymi przez lekarzy, zmieniał się sposób opieki nad pacjentem. Należy wspomnieć, że leczenie i pielęgnowanie chorych zawsze były ściśle ze sobą związane. Pielęgniarki swą wiedzę i umiejętności musiały dostosować do aktualnych potrzeb chorego. Stąd ich uczestnictwo w licznych kursach: kwalifikacyjnych, specjalistycznych, szkoleniach doszkalcących jak również szkoleniach specjalizacyjnych. **Pielęgniarka powinna uczyć się przez całe życie po to, by móc pomagać choremu w sposób profesjonalny.**

Zmianie uległa również interpretacja pielęgniarstwa. Teresa Kulczyńska (ur.1894-1992r) jedna z prekursorów pielęgniarstwa polskiego określiła **pielęgniarstwo jako zawód odrębny od zawodu lekarza, o własnym zakresie, własnej technice i metodach oraz organizacji pracy i etyki.**

Zdjęcie nr 14 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii - kiedyś



Źródło: Zdjęcie z kroniki Szpitala im. dr L. Rydygiera

Zdjęcie nr 15 Personel Pielęgniarski z Ordynatorem Oddziału dr D. Kuśmierskim - dziś



Źródło: Zbiór własny 2013r

Obecnie Miejski Szpital w Częstochowie przeszedł modernizację i rozbudowę. Jest jedną z lepiej wyposażonych placówek. Mieści się w nim 240 łóżek.

Są w nim następujące oddziały:

Szpitalny Oddział Ratunkowy (4 łóżka), Izba Przyjęć, Blok operacyjny, Oddział chirurgiczny ogólny (52 łóżka), Oddział chirurgii urazowo – ortopedycznej (30 łóżek), Oddział urologiczny (20 łóżek), Oddział anestezjologii i intensywnej terapii (8 łóżek), Oddział gruźlicy i chorób płuc (53 łóżka), Oddział neurologiczny (41 łóżek) i Oddział chorób wewnętrznych (32 łóżka). Jest również Centralna Sterylizatornia oraz Apteka Zakładowa.

Przy szpitalu funkcjonują: Poradnia kardiologiczna, Poradnia leczenia bólu, Poradnia proktologiczna, Poradnia chirurgii urazowo – ortopedycznej, Poradnia chirurgii ogólnej, Poradnia preluksacyjna, Poradnia gastroenterologiczna, Poradnia urologiczna, Poradnia gruźlicy i chorób płuc, Poradnia neurologiczna. Jest również Ośrodek domowego leczenia tlenem, Zakład rehabilitacji i fizykoterapii, Pracownia rentgenodiagnostyki, Pracownia ultrasonografii, Pracownia diagnostyki kardiologicznej, Centrum diagnostyki i terapii endoskopowej, Pracownia EEG, Pracownia UDP, Pracownia EMG.

Opiekę medyczną nad pacjentem w każdej komórce sprawują doskonali specjaliści lekarze, magistrzy rehabilitacji, technicy rehabilitacji, specjaliści z zakresu psychologii, technicy rtg, dietetyk, ratownicy medyczni, personel pomocniczy oraz pielęgniarki, które stanowią największą grupę zawodową. Są wśród nich pielęgniarki epidemiologiczne mgr Jadwiga Bednarek i mgr Ewa Krakowska, które czuwają nad reżimem sanitarno- epidemiologicznym w szpitalu.

Zdjęcie nr 16 Pielęgniarki Epidemiologiczne



Źródło: Zbiór własny 2013r



Zespoły kierowane są przez Ordynatorów, Kierowników, Pielęgniarki Oddziałowe i Koordynujące. Całością zarządza Dyrektor Naczelny dr Wojciech Konieczny przy współudziale Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa dr Dariusza Kopczyńskiego, Zastępcy Dyrektora ds. Eksploatacyjno-Technicznych inż. Piotra Kaczmarczyka oraz Naczelnej Pielęgniarki mgr Joanny Dziedzic. Pielęgniarki tego szpitala stwarzają pacjentom jak najlepsze warunki w trakcie leczenia. Wysiłek i ciężar odpowiedzialności, jaką każda z nich ponosi nie jest adekwatny do ich wynagrodzenia. Pielęgniarki Przełożone i Naczelne zawsze miały wpływ na to jak wygląda dziś opieka nad chorym a mianowicie nestorki: Pani Czesława Żyła, Barbara Kozłowska, Danuta Chupka, Genowefa Śliwoń, Krystyna Przewieźlik, Renia Mrozek, Halina Surowiak, Elżbieta Straś i wiele innych. To właśnie one kształtowały wizerunek obecnej pielęgniarki. Uczyły wrażliwości, spostrzegawczości, służyły radą i pomocą zarówno w teorii jak również praktyce. Obecnie pracujące pielęgniarki kultywują prace swoich poprzedniczek. Dbając o jak najlepszą jakość świadczonych usług medycznych poszerzają swoją wiedzę. Wśród nas są pielęgniarki z ukończonymi studiami mgr niemedycznymi, mgr pielęgniarstwa, licencjat pielęgniarstwa oraz ukończonymi studiami podyplomowymi np. z zakresu organizacji i zarządzania placówkami ochrony zdrowia. Jak również specjalistki pielęgniarstwa: chirurgicznego, zachowawczego, ratunkowego, anestezjologicznego oraz z zakresu epidemiologii. Gro pielęgniarzek ma ukończone kursy kwalifikacyjne i specjalistyczne, dzięki którym mogą wykonywać określone świadczenia medyczne bez zlecenia lekarskiego.

Pielęgniarstwo to jeden z najpiękniejszych zawodów a zarazem najtrudniejszych, najbardziej odpowiedzialny i stresujący. To zawód wymagający odwagi, pogody ducha, radzenia sobie z przeciwnościami losu, wymaga od osoby sprawującej tą funkcję dużej siły fizycznej, psychicznej i mocnych nerwów.

Na zakończenie składamy serdeczne podziękowanie byłemu Dyrektorowi a zarazem byłemu Ordynatorowi Oddziału Chirurgii Ogólnej dr Mieczysławowi Wyględowskiemu za udostępnienie nam materiałów z jego prywatnych zbiorów. ■

mgr Joanna Dziedzic
mgr Halina Synakiewicz

Literatura u autorek

Uchwały



Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 24 kwietnia 2013 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie pięć pielęgniarek i dwie położne.
- Wydano nowe zaświadczenie dla jednej pielęgniarki
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie pięć pielęgniarek.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla 9 pielęgniarek i 5 położnych.

- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek w kwocie 6000.00 zł.
- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarzek i położnych w kwocie 700.00 zł dla jednej pielęgniarki za szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. ■

Kalendarium



KALENDARIUM Kwiecień- maj 2013 rok

23.04.2013r. W siedzibie OIPIP odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego w dziedzinie „Edukator w cukrzycy Nr 02/11” zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPIP w Częstochowie.

27.04.2013r. W siedzibie OIPIP odbył się egzamin wewnętrzny szkolenia specjalizacyjnego dla pielęgniarzek w dziedzinie „Pielęgniarstwa chirurgicznego” zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy OIPIP w Częstochowie.

07.05.2013r. Przewodnicząca uczestniczyła w posiedzeniu NRPIP w Warszawie.

08.05.2013r. na zaproszenie Przewodniczącej ORPIP w Katowicach w uroczystości z okazji Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej, które odbyły się w Katowicach uczestniczyła Sekretarz ORPIP w Częstochowie.

09.05.2013r. Przewodnicząca uczestniczyła w Międzynarodowej Konferencji pt. „WSPÓLNE ZDROWIE” zorganizowanej przez Wyższą Szkołę Zarządzania w Częstochowie oraz Medical Collage in Rivne Ukrain.

11.05.2013r. W Filharmonii Częstochowskiej odbyły się uroczyste obchody Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki i Dnia Położnej.

14.05.2013r. W Urzędzie Miasta Częstochowy odbyło się spotkanie komitetu organizacyjnego obchodów Jubileuszu 100-lecia Szpitala Chirurgicznego im. L. Rydygiera w Częstochowie. W spotkaniu uczestniczyła Przewodnicząca ORPIP.

16.05.2013r. W sali sesyjnej Urzędu Miasta Częstochowy odbyła się Konferencja Szkoleniowa „ODPOWIEDZIALNOŚĆ W WYKONYWANIU ZAWODU PIEŁĘGNIARKI I POŁOŻNEJ”.

29.05.2013r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

29.05.2013r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych.

29.05.2013r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■

„Pod presją - kontroluj swoje ciśnienie krwi” hasłem Światowego Dnia Zdrowia 2013

Już od 63 lat, 7 kwietnia, czyli w rocznicę powstania Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), obchodzony jest Światowy Dzień Zdrowia. Tegoroczne święto i następująca po nim kampania edukacyjna prowadzone będą pod hasłem: „Pod presją - kontroluj swoje ciśnienie krwi”.

Ideą organizacji Światowego Dnia Zdrowia jest zwrócenie uwagi międzynarodowego społeczeństwa na współczesne problemy zdrowotne. W tym roku WHO wraz z partnerami skupiło się na kwestii nadciśnienia tętniczego – jednej z najgroźniejszych obecnie chorób cywilizacyjnych.

Istota choroby – czym jest nadciśnienie?

Nadciśnienie tętnicze to choroba układu krążenia, która charakteryzuje się stale podwyższonymi wartościami ciśnienia krwi. Powoduje przyspieszone uszkodzenie naczyń krwionośnych, doprowadzając do rozwoju miażdżycy tętnic, co w konsekwencji prowadzi do zawału serca czy udaru mózgu. Skutki choroby mogą obejmować również niewydolność nerek, niewydolność krążenia i demencję. Jednak dzięki rozwojowi współczesnej medycyny, nadciśnieniu tętniczemu jesteśmy w stanie zarówno zapobiegać, jak i skutecznie je leczyć.

Plaga na świecie, plaga w Polsce

Według danych WHO co trzecia dorosła osoba cierpi na nadciśnienie tętnicze. Wśród osób w wieku produkcyjnym częściej z problemem tym borykają się mężczyźni niż kobiety. Nie bez znaczenia jest również status ekonomiczny. Światowa Organizacja Zdrowia wskazuje, iż choroba ta rzadziej dotyka bogatszą część społeczeństwa, która jest bardziej świadoma i posiada lepsze warunki lecznicze.

W Polsce na nadciśnienie tętnicze choruje ponad 10 milionów osób. Ze względu na narastającą epidemię otyłości i starzenie się społeczeństwa liczba chorych w naszym kraju zwiększy się do 15 milionów w roku 2035.

Nadciśnienie tętnicze jest chorobą bardzo podstępą. W większości przypadków pacjent nie odczuwa żadnych dolegliwości związanych ze zwiększoną wartością ciśnienia. Niewiedza ta sprawia, iż codziennie do szpitali trafiają setki osób cierpiących na spowodowane nadciśnieniem choroby sercowo-naczyniowe. Aż 13 procent zgonów na świecie jest wynikiem długotrwałego, nieleczzonego nadciśnienia tętniczego. Podobnie sytuacja wygląda w Polsce. Trzy miliony Polaków nie jest świadomych swojej choroby, a osoby, które o niej wiedzą, często ignorują zalecenia lekarza. W roku 2002 skuteczność terapii nadciśnienia w naszym kraju wynosiła jedynie 12-14 procent. Badanie NATPOL 2011 wskazuje na ponad dwukrotną poprawę skuteczności terapii zrównując Polskę z krajami Europy Zachodniej. Pomimo znaczącej poprawy wskaźnik ten jest nadal niepokojąco niski. Świadczyć to może o niskiej świadomości skutków choroby i lekceważeniu problemu przez społeczeństwo. Szczęśliwie mamy potencjał do tego by stanąć na równi z takimi krajami, jak Kanada i USA, które są liderami w zakresie kontroli nadciśnienia tętniczego na świecie. Poziom wiedzy i rozwiązań medycznych może nam w tym bardzo pomóc.

Wystarczy kilka prostych zmian

Zdaniem specjalistów medycyny oraz przedstawicieli Światowej Organizacji Zdrowia regularna kontrola wartości ciśnienia krwi, która przyczynia się do wczesnego rozpoznania chorób układu krążenia, jest kluczem do zapobiegania zawałowi serca czy udarowi mózgu. Apeluje się również o zmianę stylu życia. Ryzyko rozwoju choroby można bowiem minimalizować poprzez zmniejszenie spożycia soli, wprowadzenie zrównoważonej diety, regularne ćwiczenia, nie palenie czy ograniczenie spożycia alkoholu. Często wprowadzenie tych modyfikacji w codzienne życie wystarczy, aby utrzymać właściwe wartości ciśnienia. Gdy choroba jest zaawansowana, wymagane jest włączenie terapii. Światowa Organizacja Zdrowia przekonuje, iż współczesne leki hipotensyjne są łatwo dostępne, niedrogie i skuteczne, a głównym czynnikiem, który może zawieść jest sam pacjent – niestosujący zaleceń lekarza.

Wychodząc naprzeciw problemowi – WHO, w ramach szerzenia edukacji zdrowotnej, decyduje się promować podstawowe zasady prewencji nadciśnienia: dietę eliminującą tłuszcze trans oraz redukującą spożycie soli, a także propagować aktywny styl życia oraz system oceny ryzyka kardiometaabolicznego. Geneza doboru tematyki Światowego Dnia Zdrowia, jego założenia i cele zostaną przedstawione przez Światową Organizację Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Polskim Towarzystwem Nadciśnienia Tętniczego (PTNT) na konferencji, która odbędzie się 5 kwietnia 2013 r. ■

MINISTERSTWO ZDROWIA DEPARTAMENT PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Warszawa, 28 stycznia 2011 r.

Interpretacja „Stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie możliwości podawania leków dzieciom przez nauczycieli w szkole i przedszkolu”

W związku z ukazaniem się na stronie internetowej Ministerstwa Edukacji Narodowej „Stanowiska Ministra Zdrowia w sprawie możliwości podawania leków dzieciom przez nauczycieli w szkole i przedszkolu” oraz wątpliwościami w zakresie interpretacji treści dokumentu, do Ministerstwa Zdrowia wpłynęły niepokojące sygnały dotyczące wycofywania przez dyrektorów szkół ze szkolnych gabinetów profilaktyki i pomocy przedlekarskiej leków określonych w Załączniku 4 część III pkt 4 ppkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2010 r. Nr 208, poz.1376). Dlatego też Departament Pielęgniarek i Położnych przekazuje poniżej wyjaśnienia w przedmiotowej sprawie.

Świadczenia zdrowotne (tj. działania służące profilaktyce, zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich udzielania) mogą być udzielane wyłącznie przez osoby wykonujące zawód medyczny, w rozumieniu art. 18d ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.). W przypadku ucznia przewlekle chorego, świadczenia udziela lekarz zlecający określone leczenie tj. leczenie określonymi lekami. Natomiast samo podanie leków zleconych przez lekarza należy traktować

jako czynność techniczną polegającą na realizacji zlecenia lekarskiego, która wiąże się ze sprawowaniem funkcji opiekuńczej nad dzieckiem wymagającym systematycznego podawania leków. W tym zakresie, jakkolwiek brak jest przepisów określających szczegółowo te elementy opieki, które mają na celu zachowanie zdrowia dziecka, wydaje się, że działania podejmowane w szkole zarówno przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, nauczyciela czy wychowawcę powinny być analogiczne do tych, jakie w podobnych sytuacjach podejmowałoby rodzice dziecka.

Zgodnie z załącznikiem Nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139, z późn. zm.) świadczenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania obejmują między innymi, sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, na którego liście znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole. Zatem, do wykonania tych czynności w pierwszej kolejności upoważniona jest pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania. Niemniej, w przedszkolach oraz w niektórych szkołach świadczenia pielęgniarki nie są realizowane stale lub czasowo (np. pielęgniarka sprawuje opiekę zdrowotną nad uczniami w kilku szkołach i harmonogram jej pracy dopuszcza realizację świadczeń w określonych dniach czy godzinach). Do takich właśnie sytuacji odnosi się stanowisko Pani Ewy Kopacz, Ministra Zdrowia przekazane do resortu oświaty, a dotyczącego możliwości podawania leków przez nauczycieli uczniom w szkołach i przedszkolach. Jak wynika bowiem z treści zawartej w punkcie 3 stanowiska, możliwość podawania leków przez nauczycieli istnieje jedynie w odniesieniu do uczniów przewlekle chorych, u których występuje konieczność kontynuowania farmakoterapii podczas ich pobytu w szkole a rodzice delegowali takie uprawnienie na nauczyciela lub innego pracownika szkoły. Celem wydania przez Ministra Zdrowia przedmiotowego stanowiska nie było zatem ograniczenie pielęgniarkom zatrudnionym w środowisku nauczania i wychowania realizacji świadczeń zdrowotnych w szkołach, lecz zapewnienie uczniom przewlekle chorym właściwej realizacji obowiązku szkolnego w szkole. Stanowisko nie pozostaje również w sprzeczności z wymogami określonymi w przepisach Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącymi zawierania umów ze świadczeniodawcami na realizację świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Należy podkreślić, że pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania nie jest pracownikiem szkoły, a jedynie na terenie szkoły realizuje świadczenia profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami określone w umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia. ■

(-) Jolanta Skolimowska
Z-ca Dyrektora
Departamentu Pielęgniarek i Położnych
w Ministerstwie Zdrowia

MINISTERSTWO ZDROWIA RZECZNIK PRASOWY

Warszawa, 24 stycznia 2013 r.

INFORMACJA PRASOWA w związku z głosowaniem w Parlamencie Europejskim (Komisja Rynku Wewnętrznego Ochrony Konsumentów) w sprawie Zmiany zasad uznawania kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek w dniu 23 stycznia 2013 r.

23 stycznia 2013 r. w Parlamencie Europejskim przedmiotem głosowania była propozycja Zmiany zasad uznawania kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek, o których mowa w Dyrektywie 2005/36/WE o uznawaniu kwalifikacji zawodowych.

W wyniku głosowania zostały przyjęte zgłaszane przez stronę polską poprawki polegające na:

- automatycznym uznawaniu kwalifikacji polskich pielęgniarek (absolwentek liceów medycznych) na zasadzie praw nabytych;
- zmianie warunków uznawania kwalifikacji pielęgniarek (absolwentek szkół pomaturalnych) polegającej na skróceniu wymaganego doświadczenia zawodowego pielęgniarek (3 kolejne lata z ostatnich 5 lat, zamiast aktualnego wymogu: 5 lat doświadczenia z ostatnich 7 lat).

Zmiany otwierają drogę do dalszych prac Komisji Europejskiej i Rady Unii Europejskiej nad uznaniem kwalifikacji polskich pielęgniarek w ramach UE.

Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz podczas spotkań z Komisarzem ds. Zdrowia i Ochrony Konsumentów, podejmował niejednokrotnie temat polskiej inicjatywy zmierzającej do zrównania uprawnień polskich pielęgniarek z pielęgniarkami z innych państw członkowskich na zasadach praw nabytych, w świetle rewizji dyrektywy o uznawaniu kwalifikacji zawodowych. ■

/-/Krzysztof Bąk
Rzecznik Prasowy

Warszawa, 26.03.2013r.

Minister Zdrowia Bartosz Arłukowicz

W związku z licznymi doniesieniami, związanymi z ogólnopolskimi praktykami, mającymi na celu uzupełnianie kadry pielęgniarskiej w oddziałach szpitalnych poprzez przesunięcia pielęgniarek anestezjologicznych, Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki wraz z Grupą Roboczą ds. praktyki w pielęgniarstwie anestezjologicznym i intensywnej opieki reprezentuje stanowisko, że powyższe **działania są niedopuszczalne**.

Zadaniem pielęgniarki anestezjologicznej, pełniącej dyżur w ramach oddziału anestezjologii - **podobnie jak lekarza anestezjologa** —, jest bycie w pełnej gotowości do udzielania świadczeń w zakresie współpracy podczas wykonywania znieczuleń w trybie pilnym i planowym oraz niejednokrotnie udzielania świadczeń w ramach wewnątrzszpitalnego zespołu

reanimacyjnego na terenie całej jednostki u pacjentów w stanie bezpośredniego zagrożenia życia. Pielęgniarka współpracuje, czyli tworzy zespół anestezjologiczny, z lekarzem anestezjologiem zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

W interwencjach zespołu anestezjologicznego - zatrzymanie oddechu, nagłe zatrzymanie krążenia, cięcie cesarskie ze wskazań życiowych, znieczulenie pacjenta z urazem wielonarządowym, pęknięty tętniak, etc. - niejednokrotnie minuty decydują o życiu pacjenta. I nie mogą to być minuty przeznaczone na poszukiwanie pielęgniarki anestezjologicznej, która aktualnie udziela świadczeń na innym stanowisku pracy. Stwarza to bezpośrednie zagrożenie dla życia pacjentów, których stan dramatycznie się pogorszył i wymaga pilnej interwencji. Pomijając sytuacje epidemiologiczną, oraz zaniechania obowiązujących standardów, stwarza to również zagrożenie dla pacjentów innych oddziałów, gdzie aktualnie została przesunięta pielęgniarka anestezjologiczna.

Proces pielęgnowania u tych pacjentów, jak sama nazwa wskazuje, nie jest czynnością doraźną, którą można podejmować i przerywać w dowolnym momencie. Zwiększa to zdecydowanie niebezpieczeństwo wystąpienia zdarzeń niepożądanych oraz burzy poczucie bezpieczeństwa pacjenta i powoduje sytuację stresową u pielęgniarki.

Niedopuszczalne jest, aby pielęgniarka anestezjologiczna udzielała świadczeń medycznych w innym oddziale, przerywała je w trakcie realizacji, oraz wracała do swoich obowiązków wynikających z zatrudnienia w oddziale anestezjologii, po czym ponownie wracała do pracy na innym oddziale.

Taka organizacja pracy nie ma nic wspólnego z przepisami Kodeksu Pracy dotyczącymi oddelegowania pracownika na równoległe stanowisko — art. 42 § 2 Kodeksu Pracy. Żadne akty prawne nie uprawniają pracodawcy do nakładania podwójnej odpowiedzialności na pielęgniarki anestezjologiczne. Tym bardziej, że nie są znane przypadki, aby taką odpowiedzialność nakładać na pielęgniarki innych specjalności, kierując je do pracy w oddziale anestezjologii. Podobnie jak nie ma żadnych aktów prawnych pozwalających, poprzez złą organizację pracy, na dopuszczanie do sytuacji, w której zdrowie bądź życie pacjenta zostaje zagrożone. W zapewnieniu wysokiej jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych, istotną rolę odgrywa prawidłowa obsada stanowisk pielęgniarskich - odpowiednia ilość personelu + odpowiednie kwalifikacje.

Ponadto nakaz podwójnej odpowiedzialności nakładany na jedną tylko grupę pielęgniarek jest przejawem nierównego traktowania. Wyraz temu dał Sąd Najwyższy w wyroku z dnia 3 kwietnia 2008 roku, gdzie w uzasadnieniu czytamy: **„Za przejaw nierównego traktowania uznać należy wprowadzony (...) obowiązek świadczenia (...) pracy na rzecz innych oddziałów w czasie, gdy nie były wykonywane zabiegi operacyjne. Żadna inna grupa pielęgniarek takiego obowiązku nie miała, a przynajmniej nie został on wyrażony w formie zarządzenia. W ocenie sądu pierwszej instancji takie zachowanie pracodawcy nosi znamiona tzw. Dyskryminacji pośredniej w zatrudnieniu(...)”** ■

PREZES
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek
Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki
mgr Paweł Witt



Konsultant krajowy

OPINIA KONSULTANTA KRAJOWEGO

w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego

Beata Ostrzycka

Olsztyn, 18 luty 2013

W sprawie podawania leku METHOTREXAT o nazwie METEX drogą podskórną przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej

Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 roku w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wprowadziło na listę refundacyjną lek Methotrexat o nazwie Metex do stosowania podskórnego roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce 50 mg/ml. Decyzja Ministra Zdrowia weszła w życie z dniem 01 lipca 2012 roku. Decyzja refundacyjna dotyczy leczenia otwartego i umożliwia pacjentowi zakup leku na receptę w aptece. Dotychczas Methotrexat był refundowany w ramach programów terapeutycznych i na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2011 roku zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych w załączniku w części I „Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu terapeutycznych programów zdrowotnych oraz warunki ich realizacji”. Obecnie po wprowadzeniu decyzji Ministra Zdrowia od 01 lipca 2012 roku preparat Methotrexat o nazwie Metex jest dostępny zarówno w programach terapeutycznych i jako produkt leczniczy dostępny w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym. Dostępność leku w ampułkostrzykawce stworzyła nowe możliwości leczenia, a przede wszystkim jest nowoczesnym rozwiązaniem technologicznym zarówno dla pacjenta jak i personelu medycznego. Jednocześnie jak każdy lek, również i preparat Metex może wywołać poważne działania niepożądane również w przypadku podawania niewielkich jego dawek. Jednak o leczeniu danej jednostki chorobowej i preparatem Metex decyduje niewątpliwie lekarz. Decyzją lekarza o zastosowanym leczeniu jest również wydanie pisemnego zlecenia dla pielęgniarki na iniekcje zarówno w gabinecie pielęgniarki POZ jak i w domu chorego z dopisaniem klauzuli bez obecności lekarza.

Producent leku w ulotce informacyjnej podaje, że lek Metex powinien być podawany przez lekarza lubi pracownika ochrony zdrowia lub pod jego nadzorem. Podawanie leku Metex w lecznictwie otwartym a obwieszczonym w wykazie leków refundowanych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w części A I na dzień 01 listopada 2012 jest wyraźnie zaznaczone, to lek przeznaczony do podawania podskórnego.

Mając na uwadze powyższe i obowiązujące przepisy lek Methotrexat o nazwie Metex w dawce 50 mg/ml podskórnie na pisemne zlecenie lekarza specjalisty z zakresu reumatologu mogą podawać pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. ■

KONSULTANT KRAJOWY
w Dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego
Beata Ostrzycka



**KONSULTANT KRAJOWY
W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA
PEDIATRYCZNEGO
WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY
SZPITAL DZIECIĘCY**

10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska 18 A,
tel. 089. 5393455, fax 533-77-01,
e-mail: piskorz@wssd.olsztyn.pl

**Opinia w sprawie cewnikowania pęcherza
moczowego u dzieci przez pielęgniarki środowiska
nauczania i wychowania z dnia 12.04.2013 r.**

Zakres świadczeń, który powinien być realizowany przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, określa Załącznik nr 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22.X.2010 roku zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Podstawowe zadania mieszczą się w obszarze profilaktyki pierwszo- i drugorzędowej. Jednakże pkt 4 ust 2 Części I załącznika nr 4 do w/w rozporządzenia określa świadczenia w odniesieniu do dzieci z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w sposób następujący:

„... sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem POZ, na której liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych, koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole...”.

Co to oznacza?

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania nie tylko może, ale powinna wykonać zabieg/procedurę związaną z cewnikowaniem pęcherza moczowego u ucznia, jeśli uczeń ma stwierdzoną chorobę przewlekłą lub niepełnosprawność, a wykonanie tego zabiegu np. odbarczenie moczu, jest konieczne do wykonania w trakcie pobytu ucznia w szkole. Taki zabieg może być wykonany tylko na zlecenie lekarza POZ, na liście którego znajduje się uczeń i w porozumieniu z tym lekarzem, a nie na zlecenie poradni specjalistycznej. Oczywiście niezależnie od zlecenia lekarskiego, powinna być zgłoszona prośba rodziców i ich zgoda oraz zgoda ucznia, jeśli skończył 16 lat.

Nie istnieje akt prawny, który ograniczałby kompetencje pielęgniarek do cewnikowania tylko dziewczynek i wyłączałby z tych kompetencji cewnikowanie chłopców. Pielęgniarki wykonujące zabiegi/procedury cewnikowania pęcherza u uczniów, powinny posiadać wiedzę i umiejętności w stosowaniu zabiegu cewnikowania pęcherza moczowego dzieci obojga płci.

Pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania, które nie wykonywały tych procedur, bądź ich umiejętności się zdezaktualizowały (co jest rzeczą oczywistą, jeśli zabiegów nie wykonuje się na co dzień), wówczas powinny nabyć wiedzę i umiejętności w toku kształcenia podyplomowego. Może to być krótki kurs doskonalący, który zostanie zorganizowany na bazie najbliższego ośrodka pediatrycznego przez podmiot prowadzący kształcenie. ■

Krajowy Konsultant
w dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego
dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych



**Stanowisko nr 13
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych**

z dnia 20 marca 2013 r.

**w sprawie usunięcia delegacji zawartej
w art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach
pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174,
poz. 1039 z późn. zm.)**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy sprzeciw wobec propozycji usunięcia delegacji zawartej w art. 6 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r., Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.).

Cytowana ustawa określa zawód pielęgniarki i położnej jako samodzielne zawody medyczne. Jest to zapis ogólny nie wskazujący w sposób jednoznaczny zakresu uprawnień do wykonywania poszczególnych świadczeń zawodowych. Stąd konieczne jest, z punktu widzenia praktyki sporządzenie katalogu przedmiotowych świadczeń wprowadzonych w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Absolwenci poszczególnych form kształcenia podyplomowego (specjalizacji, kursu kwalifikacyjnego i kursu specjalistycznego) uzyskują kwalifikacje określone programami tych szkoleń. Same kwalifikacje nie skutkują uprawnieniami do ich realizacji. Dopiero poszerzenie o uprawnienia tj. kwalifikacje i uprawnienia, dają sumaryczne kompetencje do realizacji świadczeń.

Próba usunięcia delegacji zawartej w art. 6 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, w naszej ocenie, zmierza do ograniczenia samodzielności zawodowej pielęgniarki, położnej. Należy tutaj uwzględnić oczekiwania środowiska pielęgniarek i położnych, które oczekują wskazania dokładnych regulacji co do podejmowanych czynności. ■

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

**Stanowisko nr 14
Naczelnej Rady Pielęgniarek
i Położnych**

z dnia 20 marca 2013 r.

**w sprawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia
28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania
minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek
i położnych w podmiotach leczniczych niebędących
przedsiębiorcami (Dz. U. z 2012 r., poz. 1545)**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych wyraża stanowczy protest wobec wyrażonego w piśmie Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 25.04.2013 r., znak: MZ-PP-077-3567-199/KW/13, stanowiska w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, uznając je za niezgodne z dotychczasowymi deklaracjami, ■

cjami Ministra Zdrowia, składanymi na licznych spotkaniach z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych.

Wobec powyższego, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych niniejszym wzywa Ministra Zdrowia do zajęcia jednoznacznego stanowiska, czy zamierza On wywiązać się z przyjętych w wyniku publicznego przyrzeczenia zobowiązań i podjąć prace nad nowym aktem prawnym, regulującym sprawę norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. ■

Sekretarz NRPiP
Joanna Walewander

Prezes NRPiP
Grażyna Rogala-Pawelczyk

MINISTERSTWO ZDROWIA

Podsekretarz Stanu Aleksander Sopliński

Pani
Grażyna Rogala-Pawelczyk
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Przewodnicząco, Pani Prezes

W odpowiedzi na pismo z dnia 26 marca br., znak ZK-546/VII/2013 skierowane do Prezesa Rady Ministrów dotyczące wspólnego Oświadczenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, odnoszącego się do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorstwami (Dz. U. z 2012 r. poz. 1545), proszę o przyjęcie poniższych wyjaśnień.

Odnosząc się do kwestii dotyczących zmian w treści rozporządzenia, uprzejmie informuję, iż Minister Zdrowia zrealizował zadanie wynikające z delegacji art. 50 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.), określając w drodze rozporządzenia sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

Rozporządzenie to weszło w życie z dniem 1 stycznia 2013 roku, a jego przepisy zapewniają podmiotom leczniczym wystarczającą ilość czasu na ustalenie nowych norm, zgodnie ze wskazanym w rozporządzeniu sposobem (ostateczny termin na ich określenie upływa 31 marca 2014 r.). Po zakończeniu procesu wprowadzania przedmiotowego rozporządzenia będzie można ocenić skutki oraz funkcjonowanie nowego sposobu ustalania norm i w rezultacie wprowadzić ewentualne zmiany w tym zakresie.

Jednocześnie odnosząc się do stanowiska nr 1 podjętego na XII posiedzeniu prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w sprawie konieczności wprowadzenia norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oparciu o ocenę zapotrzebowania pacjentów na opiekę we wszystkich podmiotach leczniczych realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, uprzejmie informuję, iż każdy świadczeniodawca, który realizuje świadczenia zdrowotne na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia, czyli finansowane ze środków publicznych, zobowiązany jest obliczać i stosować minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Należy podkreślić, że Minister Zdrowia w przedmiotowym rozporządzeniu nie wskazuje norm, a sposób ich ustalania w podmiotach leczniczych, pozo-

stawiając tym samym kierownikom podmiotów leczniczych pewną autonomię w tym zakresie.

Ponadto należy wskazać, że oprócz zastosowania sposobu ustalania minimalnych norm z rozporządzenia, ważnymi czynnikami, które mają wpływ na zabezpieczenie opieki pielęgniarskiej pacjentom jest organizacja pracy w danym podmiocie, poziom zatrudnienia, wyposażenie w sprzęt do opieki i pielęgnacji, zapewnienie profesjonalnego wykonania innych pomocniczych czynności służących realizacji bezpośredniej opieki nad chorymi przez właściwe osoby czy jednostki organizacyjne podmiotu leczniczego.

Zatem ustalanie i przestrzeganie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, jak też organizacja pracy podmiotu leczniczego należy do kierownika, który powinien respektować regulację w tym zakresie. ■

z poważaniem
Podsekretarz Stanu Aleksander Sopliński

Do wiadomości:

1. Pan Kamil Sierszak Z-ca Dyrektora Sekretariatu Prezesa Rady Ministrów KPRM (pismo z dnia 02.04.2013 r. znak SDT-222-6(18)/13/JP



Prace dyplomowe

Otyłość wśród dzieci i młodzieży jako narastający problem cywilizacyjny i społeczny

1.1. Otyłość a nadwaga

WHO (ang. World Health Organization- Światowa Organizacja Zdrowia) zdefiniowała otyłość jako nadmierne lub nieprawidłowe nagromadzenie tłuszczu w postaci tkanki tłuszczowej organizmu, które prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia.

Otyłość jest długotrwałym procesem, który prowadzi do wielu powikłań zdrowotnych, patologii i wielu dysfunkcji narządów oraz układów. W organizmie dzieci ilość tkanki tłuszczowej jest zależna od wieku, a w okresie dojrzewania również od płci.

Tkanka tłuszczowa w organizmie pełni ważną rolę zapasów energetycznych, stanowi materiał podporowy dla narządów wewnętrznych, izoluje i pomaga utrzymać stałą temperaturę, a nawet jest organem wydzielającym substancje regulujące apetyt i metabolizm. Jednak, gdy występuje w nadmiarze staje się problemem zdrowotnym w aspekcie zdrowia fizycznego jak i psychicznego.

Wskaźnik masy ciała BMI (ang. Body Mass Index) - inaczej wskaźnik Queteleta II) obliczany jest według następującego wzoru:

$$\text{BMI} = \text{masa ciała (kg)} / \text{wzrost (m)}^2$$

U dzieci otrzymany wynik BMI porównuje się z danymi z siatki centylowej.

Wg. WHO, gdy BMI mieści się między 85-95 percentylem wówczas można mówić o nadwadze, natomiast jeżeli wskaźnik jest większy od 95 percentyla to występuje otyłość.

Siatki centylowe umożliwiają graficzne przedstawienie danego parametru, prześledzenie jego dynamiki wraz z rozwojem dziecka i ocenę odchylenia od normy.

W Polsce wykorzystywane są siatki centylowe, które zostały opracowane przez Panią Palczewską oraz Panią Niedźwiedzką do badań przesiewowych. Według ich opracowania BMI w granicach 90 – 97 percentyla to nadwaga, a BMI powyżej 97

percentyla to otyłość.

Otyłość i nadwaga są często ze sobą mylone. Niektórzy uważają, że są to pojęcia równoznaczne, lecz pomiędzy nimi istnieje różnielna granica. Nadwaga to stan w którym zmiana stylu życia czy diety może uchronić przed groźną dla zdrowia i życia chorobą jaką jest otyłość.

1.2. Typy otyłości

Zależnie od rodzaju klasyfikacji wyróżnia się odmienne typy otyłości. Klinicznie otyłość dzieli się na pierwotną i wtórną w zależności od mechanizmu jej powstania.

- Otyłość pierwotna (prosta, samoistna) - występuje na skutek dodatniego bilansu energetycznego dotyczy większości otyłych dzieci (ok. 90%). Do rozwinięcia otyłości prostej najbardziej przyczynia się nieregularność spożywania wysokokalorycznych posiłków ze zmniejszoną aktywnością fizyczną.
- Otyłość wtórna - występuje w wyniku zaburzeń chorobowych dotyczy ok. 10% dzieci i młodzieży z nadwagą. Spowodowana jest zaburzeniami endokrynologicznymi i metabolicznymi, które mogą towarzyszyć genetycznie uwarunkowanym zespołom wrodzonym (Zespół Downa, Zespół Pradera - Williego). Otyłość wtórna powstaje także na skutek zaburzeń ze strony ośrodkowego układu nerwowego, czasem powstaje w wyniku przewlekłego stosowania leków.

Na podstawie badań antropometrycznych wyróżnia się 2 typy otyłości:

- brzuszna (androidalna) - typu jabłko - występuje znacznie częściej w populacji mężczyzn aniżeli w populacji kobiet w tym typie otyłości. Tkanka tłuszczowa zgromadzona jest w charakterystyczny sposób na brzuchu. Szczególnie niebezpiecznym powikłaniem tego typu otyłości jest zwiększone ryzyko wystąpienia zespołu metabolicznego i chorób naczyniowo - sercowych.
- Pośladkowo - udowa (gynoidalna) - typ gruszka - występuje najczęściej w populacji kobiet. Tkanka tłuszczowa zgromadzona jest głównie na pośladkach oraz na biodrach.

1.3. Epidemiologia otyłości wśród dzieci i młodzieży

Obserwuje się, że zjawisko otyłości z roku na rok narasta zarówno w krajach rozwiniętych jak i rozwijających się. Według Międzynarodowego Towarzystwa Badań nad Otyłością populacja dzieci i młodzieży z nadwagą zwiększa się blisko 400000, a liczba młodocianych otyłych wzrasta o ok. 85000 na rok. Otyłość występuje znacznie częściej niż w latach ubiegłych, konsekwencje zdrowotne mające związek z otyłością czy nadwagą stały się coraz to bardziej powszechne. Z tych powodów obecnie uważa się, że otyłość przybiera rozmiary epidemii. Otyłość staje się drugą przyczyną zachorowalności w Stanach Zjednoczonych po paleniu tytoniu, gdzie można stosować profilaktykę jej wystąpienia.

Raport IOTF (ang. International Obesity Task Force - Międzynarodowy Komitet ds. Walki z Otyłością) przedstawia, że 155 mln osób z całego świata w wieku szkolnym jest otyłych lub występuje u nich nadwaga. Spośród nich 30- 45 mln to dzieci i młodzież w wieku 5-17 lat, a 22 mln stanowią dzieci otyłe w wieku poniżej 5 lat.

Na podstawie badań epidemiologicznych dotyczących nadwagi i otyłości prowadzonych w Polsce wykazuje się, że u ok. 10-30% dzieci występuje nadmiar masy ciała. Otyłość stanowi najpowszechniejsze zaburzenie utrudniające prawidłowy rozwój dzieci czy młodzieży. Stanowi groźny problem nie tylko dla dzieci czy nastolatków, ale także dla osób dorosłych i ludzi starszych.

Wśród badań przeprowadzanych na 3 tysiącach dzieci ze Śląska od 7 do 9 roku życia nadwagę rozpoznano aż u 15%, a otyłość występuje u 4% badanych.

Najwięcej dzieci oraz młodzieży z nadwagą i otyłością występuje w USA (blisko 10 mln). Lekarze zauważyli, że na 10. badanych dzieci w wieku od 6 -10 lat troje jest otyłych. Wśród nich są przypadki z otyłością olbrzymią, która może spowodować znaczne utrudniania w swobodnym poruszaniu się oraz zaburzenia sercowo - naczyniowe.

Do krajów poza Stanami Zjednoczonymi, gdzie liczba osób otyłych przewyższa ilość osób z prawidłową masą ciała zalicza się m.in. Kanadę, Brazylię, Australię, Chile, Japonię, Grecję, Wielką Brytanie. Natomiast najmniej osób otyłych spotyka się na Litwie czy w Chinach.

1.4. Postrzeganie otyłego dziecka, nastolatka przez społeczeństwo, środowisko rówieśnicze.

Otyłość jest ciężką chorobą, która niesie za sobą wiele zaburzeń psychologicznych. Otyłe dziecko jest postrzegane przez otoczenie jako „czarna owca”. Jest to zaburzenie, które w konsekwencji zakłóca jego obraz samego siebie. Otyła osoba widzi siebie jako grubasa, nieatrakcyjną osobę co prowadzi do obniżenia samooceny. W dziecku zaczynają się budzić negatywne emocje odnośnie własnej osoby. Nastolatek przestaje wierzyć w swoje możliwości, siły, czuje się odrzucony przez najbliższych oraz swoje otoczenie. Osoba taka woli przyjąć postawę pasywną. Zaczyna kreować się w niej poczucie smutku, żalu, złości, odrzucenia przez innych, niska samoocena, a także pogłębia się występowanie stanów depresyjnych. Depresja staje się coraz silniejsza im wskaźnik BMI jest wyższy. Zaburzenia depresyjne powodują niejednokrotnie powstanie bulimii czy jadłowstrętu psychicznego.

Rówieśnicy potrafią skrytykować otyłe dziecko. Bez przyczyny potrafią się śmiać, wyzywać otyłą osobę, co pogłębia ją w swoich przekonaniach, że jest „brzydkie i głupie”. Rówieśnicy nie chcą bawić się z otyłymi osobami. Otyli nastolatki rzadko zawierają związki z osobami szczupłymi, lecz odwrotna prawidłowość zachodzi tak samo często. Osoby otyłe postrzegane są przez pryzmat wyglądu zewnętrznego. Nikt nie zastanawia się jak bardzo otyłemu nastolatkowi potrzebne jest wsparcie, dobre słowo kogoś z „zewnątrz”. Osoby muszą niejednokrotnie poszukiwać rozwiązań swoich problemów samodzielnie. Są wyizolowane społecznie, nie potrafią szczerze z kimś porozmawiać. W rozmowach szukają podtekstów co do swojej figury, są zbyt negatywnie uprzedzeni do innych.

W okresie dorosłym jest podobnie. Otyłej osobie trudniej znaleźć dobrą pracę, choć w wielu przypadkach otyłość nie ma znaczenia w wykonywaniu obowiązków.

Ważne jest, aby osoba z nadmierną masą ciała postrzegała swoje ciało jako atrakcyjne. Niezadowolone z własnego wyglądu prowadzi do wytworzenia negatywnych emocji wobec siebie. Społeczeństwo kreuje szczupłe osoby w telewizji, internecie, czasopiśmie, gdzie na każdej stronie można spotkać tylko szczupłe osoby. Dla młodego nastolatka „wielkie przeżycie” stanowią zwykłe zakupy, kiedy w sklepach znajdują się w większej ilości tylko „małe” rozmiary. Wtedy pojawia się u nich poczucie wstydu.

Obniżone poczucie własnej wartości skłania osobę do podejmowania zachowań ryzykownych dla zdrowia. Osoby chcąc wyglądać „ładnie” wchodzi w kolejne zagrożenia zdrowotne. Próbuje „ratować” swój wizerunek wywołując wielokrotnie wymioty, doprowadzając w ten sposób do bulimii.

Otyłość przyczynia się w pierwszej kolejności do zaburzeń w sferze emocjonalno - społecznej co jest często zauważane przez inne dzieci. Młodzi ludzie cierpią z powodu dyskryminacji ze strony swoich rówieśników. Staje się tak ponieważ nadwaga czy otyłość nie jest społecznie akceptowanym zjawiskiem. Osoby te często spotykają się z negatywnymi ocenami, a także opiniami innych.

Młociani ludzie przestają cieszyć się życiem. Dziewczyny mają niskie poczucie wartości w porównaniu do chłopców. Nie akceptują swojej sylwetki, choć zdarza się to także u osób szczupłych. Dzieje się tak, gdyż wszystko uwarunkowane jest w psychice człowieka. Zazwyczaj każdy postrzega siebie tak jak widziany jest przez innych. Jeśli osoba słyszy, że jest gruba, nieatrakcyjna zaczyna postrzegać siebie jako brzydką, zaczyna się izolować, staje się coraz bardziej samotna i tak powstaje „błędne koło”.

Osoby otyłe niejednokrotnie borykają się z dyskryminacją ze strony otoczenia. Zostają dręczeni przez społeczeństwo (przewiska, kpiny, przemoc). Spośród badań jakie przeprowadzono wśród otyłych nastolatków 66% doświadcza przykrych doznań ze strony rodzeństwa, 32% ze strony rodziców, a także ze strony nauczycieli.

Osoby, które nie radzą sobie z brakiem akceptacji popadają w konflikty z rówieśnikami oraz prawem, stają się agresywni. Odrzucenie przez społeczeństwo, poczucie nieatrakcyjności, brak akceptacji powoduje, że otyłe osoby zaczynają się izolować społecznie. Występują w nich stany depresyjne, stają się smutni, zamknięci w sobie. Osoby zaczynają prowadzić siedzący tryb życia, większość wolnego czasu spędzają przed telewizorem, komputerem, co przyczynia się z kolei do pogłębiania otyłości.

Należy zadbać, aby jak najwcześniej rozpoznawać problem u młodej osoby. Czasem wystarczy rozmowa z pedagogiem czy psychologiem, aby zapobiec pogłębianiu się zaburzeniom psychicznym, emocjonalnym, a także społecznym w dorosłości.

1.5. Konsekwencje zdrowotne otyłości dzieci i nastolatków

Powikłania otyłości zarówno wczesne jak i odległe.

- Zaburzenia układu sercowo – naczyniowego. Otyłość przyczynia się do tego, że zwiększa się objętość krwi krążącej, dochodzi do obniżenia sprężystości, a także wzrostu oporu naczyń krwionośnych i lepkości krwi, objętości wyrzutowej serca. Choroby układu sercowo- naczyniowego najczęściej zostają wykryte przypadkowo w gabinetach lekarskich, gdyż dzieci sporadycznie skarżą się na ból.

- Nadciśnienie tętnicze – choroba układu krążenia, w której występuje trwale lub okresowo podwyższone ciśnienie tętnicze krwi.

- Zaburzenia rytmu serca.

- Zwiększenie masy lewej komory serca.

- Choroba niedokrwienna serca – powstaje wskutek niewystarczającego dostarczenia do mięśnia sercowego tlenu oraz substancji odżywczych.

- Zmiany miażdżycowe.

- Zaburzenia układu oddechowego. Otyłość przyczynia się do spadku wentylacji płuc, a za tym idzie hipoksemia i hiperkapnia. Dochodzi do podwyższenia przepony przez nadmierne nagromadzoną tkankę tłuszczową. Klatka piersiowa jest zbyt obciążona, powiększa się kifoza piersiowa.

- Astma oskrzelowa.

- Zespół bezdechu sennego – zespół Pickwicka.

- Sinica.

- Zaburzenia gastroenterologiczne. Często otyła młodzież czuje się odrzucona przez rówieśników, próbują drastycznych diet dochodzi do nieprawidłowego funkcjonowania układu pokarmowego.

- Bulimia.

- Stłuszczenie wątroby.

- Reflaks żołądkowo – przełykowy.

- Kamica pęcherzyka żółciowego.

- Zaburzenia układu kostno – stawowego. W okresie dojrzewania istotę stanowi prawidłowy rozwój układu ruchu. Niejednokrotnie zdarza się tak, że obciążony układ kostno – stawowy powoduje nieodwracalne deformacje w kościach.

- Płaskostopie.

- Koślawość kolan.

- Skoliozy.

- Bóle kręgosłupa.

- Choroba Blounta – szpotawość piszczeli.

- Stany zapalne stawów.

- Zaburzenia endokrynologiczne. Otyłość prowadzi do obniżenia popędu płciowego. W przyszłości dochodzi nawet do zmniejszenia płodności u obu płci.

- Cukrzyca typu II, insulinooporność.

- Zespół metaboliczny.

- Przedwczesne dojrzewanie.

- Zespół policystycznych jajników- wynika to ze zwiększonego stężenia wolnego testosteronu we krwi.

- Zaburzenia miesiączkowania.

- Oligospermia.

- Zaburzenia skórne. Ilość pojawiania się chorób grzybiczych, czyraków jest zwiększona u osób otyłych aniżeli u osób z prawidłową masą ciała.

- Hirsutyzm.

- Nadmierne rogowacenie skóry.

- Rozstępy skórne.

- Wypryski skórne.

- Zaburzenia psychologiczno – emocjonalne.

- Stany depresyjne.

- Izolacja społeczne.

- Brak akceptacji przez społeczeństwo i siebie.

- Frustracje.

- Zachowania agresywne.

Jest wiele korzyści wynikających z utraty nadmiernych kilogramów m.in. złagodzenie nadciśnienia tętniczego, spadek poziomu cholesterolu LDL, wzrost cholesterolu HDL, zmniejszenie stężenia trójglicerydów w surowicy krwi. Znacznie ogranicza się ryzyko wystąpienia cukrzycy typu II. Zmniejsza się liczba zgonów. Dzieci stają się uśmiechnięte, pewne siebie pośród rówieśników, czują się atrakcyjne. ■

Milena Ciupińska

Literatura u autora

HOMOSEKSUALIZM- Między potępieniem a gloryfikacją

Homoseksualizm- czyli osiąganie satysfakcji seksualnej poprzez kontakt z partnerem tej samej płci, należy do jednej z najczęściej występujących postaci nietypowych zachowań seksualnych. Publikowane badania statystyczne oraz historyczne podają, że wśród populacji ludzkiej jest średnio 3-5% osób o skłonnościach homoseksualnych a odsetek ten jest mniej więcej stały bez względu na obszar i czas.

Dawniej dla zjawiska homoseksualizmu używano wielu nazw, m.in. homoseksualizm męski określano terminem uranizm bądź pederastia. Homoseksualizm kobiecy jest nazywany miłością lesbijską- dawniej był określany także jako safizm, lub trybadyzm. słowa te, dziś rzadko spotykane mają pewne niuanse znaczeniowe. Uranizm oznaczał seks między mężczy-

znami (od Boga Uranosa ojca bogów i tytanów, władcy nieba). Słowo pederastia pochodzi od greckiego paiderastia, co znaczy „miłość do chłopców”, ponieważ w starożytnej Grecji typowe były stosunki homoseksualne między dojrzałymi mężczyznami a dorastającymi chłopcami. Saffmizm- to określenie miłości lesbijskiej pochodzące od imienia poetki greckiej Safony, autorki czułych wierszy miłosnych skierowanych do kobiet. Trybadyzm natomiast oznacza rodzaj seksu między kobietami, polegający na ocieraniu się intymnymi częściami ciała (od gr. tribein- ocierać się, trzeć). W języku codziennym oprócz określenia homoseksualista funkcjonuje również gej (od ang. gay- wesół). Kobiętę homoseksualną nazywa się potocznie lesbijką od słowa Lesbos (była to wyspa grecka, ojczyzna Safony).

Homoseksualizm spotykamy w wielu różnych kulturach i epokach oraz różne były wobec niego postawy. W zasadzie homoseksualizm jest spotykany w większości kultur świata. Jednak postawy wobec niego są bardzo zróżnicowane: od akceptacji, poprzez tolerowanie, aż do potępienia i karania przez systemy prawne oraz obyczajowość. Z reguły im wyższa grupa społeczna, tym większa tolerancja wobec homoseksualizmu.

Według klasyfikacji WHO homoseksualizm jest sklasyfikowany jako jedno z zaburzeń, wynikające głównie z problemów rozwojowych i akceptacji własnej seksualności.

Zaburzenia te według ICD- 10 dzieli się na :

- F66.0.1 - zaburzenie dojrzewania seksualnego,
- F66.1.1- orientacja seksualna niezgodna z ego (egodystoniczna)
- F66.2.1 - zaburzenie związków seksualnych.

Warto zwrócić uwagę, że zaburzenia te są wspólne dla wszystkich orientacji seksualnych, tzn. mogą występować przy każdej z tych orientacji. Np. osoby homoseksualne, którym „wmówiono”, że powinny być heteroseksualne z dużym prawdopodobieństwem będą cierpiały na egodystontyczne zaburzenia własnej orientacji seksualnej.

Od lat toczy się spór, czy homoseksualizm jest dziedziczony czy też nabyty. Badania bliźniąt wykazały, że u bliźniąt jednojajowych zgodność występowania homoseksualizmu wynosiła 52%, podczas gdy u bliźniąt dwujajowych-22%. Liczby te dowodzą że homoseksualizm jest w dużym stopniu determinowany genetycznie. Jednak jak dowodzą inne badania opisane np. w książce A.Moir i D. JesseFa „ Płeć mózgu” naukowcy dowodzą że tak naprawdę za naszą płciowość odpowiadają hormony „...męski albo żeński charakter mózgu nie zależy od genów. Osobnik genetycznie męski może mieć umysł kobiety i vice versa. Płciowa charakterystyka mózgu zależy natomiast od hormonów wytwarzanych przez nasze rozwijające się ciało lub otaczających nas w łonie matki”. Największe znaczenie ma to, jak piszą dalej autorzy, w jakim stopniu nasz embrionalny mózg poddany zostanie działaniu hormonu męskiego. Im mniejsza ilość tego hormonu, tym bardziej zostanie zachowany, kobiety charakter umysłu. Mówiąc ściśle, zależy to od stężenia hormonów, ich synchronizacji w czasie i od tego, czy są to właściwe hormony. Forma dla mózgu odłana zostaje in utero ;tam decyduje się kształt umysłu, a nasze ciało- i oczekiwania społeczeństwa- są zaledwie uzupełnieniem tego podstawowego faktu biologicznego. Naukowcy doszli do wniosku, że przełomowe stadium rozwoju mózgu współwystępuje z przełomowymi fazami wzrostu komórek nerwowych, na które wpływ ma hormon męski; „wpływ hormonu w tym krytycznym stadium jest ważny dla zróżnicowania płciowego, ponieważ komórki mózgu uzyskują strukturę [...] bardzo odporną na zmiany po urodzeniu. To właśnie wpływ działania hormonów na organizację połączeń nerwowych skłonił neurofizjologów do

mówienia o «męskim» i «kobiecy» mózgu w chwili narodzin”.

Występować mogą również z przyczyn rodzinnych (np. matki nadopiekuńcze wobec synów, uwodzicielskie wobec nich, nadmiernie karzące, ojcowie wzbudzający lęk), osobowościowe (lęk przed rolą seksualną wobec drugiej płci, tendencje narcystyczne), sytuacyjne (uwiedzenie na początku okresu dojrzewania, następstwo wspólnej masturbacji z rówieśnikami tej samej płci), uwarunkowania powstałe w trakcie masturbowania się z towarzyszącą wyobraźnią o treściach homoseksualnych. Istnieją również przyczyny środowiskowe np. homoseksualizm zastępczy i gwałty homoseksualne w zakładach karnych, internatach, oraz jako mechanizmy obronne w wyniku ośmieszania i odrzucenia partnera drugiej płci.

Styl kontaktów seksualnych ulega utrwaleniu do trzydziestego roku życia. Wśród homoseksualistów obojga płci spotykamy osoby o orientacji monogamicznej, romantyczne, różnych do Juanów, Messaliny, a także prostytuujących się za pieniądze, należących do świata przestępczego. Często w tym środowisku zmiana partnerów seksualnych prowadzi bardzo często do zachorowań na AIDS, jak i innych chorób przenoszonych drogą płciową.

Homoseksualiści podlegają wszelkim prawom tak zwanej psychologii mniejszości, stąd tak często spotykana u nich gettowość, potrzeba nas trapić (korupcja, nieuczciwość, agresja społeczna, przestępczość); homoseksualizm, o ile w ogóle jest jakimś problemem, zajmuje w tym zbiorze pozycję marginalną (tak jak ludzka seksualność, czy prawa mniejszości seksualnych w ogóle). W prasie bardzo głośno jest o notorycznych przestępcach, gangsterach, mafiozach o wdzięcznych pseudonimach. I nie zauważyłam jakoś społecznej agresji stosunku do tych osób, zauważyłam natomiast głównie w rozmowach z ludźmi znaczny wzrost poziomu agresji w stosunku do homoseksualistów. To pewnego rodzaju paradoks. Jeżeli idę w nocy ciemną ulicą to wolę na niej spotkać homoseksualistę, niż prawdziwego macho. Miejsca, które napawają mnie prawdziwym strachem to nie homoseksualne knajpy, lecz pełne „prawdziwych mężczyzn” stadiony piłkarskie czy przydrożne bary z piwem i ich okolice. W ogóle ideał „prawdziwego-mężczyzny- który- na- pewno- nie- jest- pedałem” raczej mnie przeraża niż pozwala myśleć o czymś normalnym. Nie widzę również żadnego problemu moralnego w „nietypowych” sposobach przejawiania własnej seksualności czy uprawiania miłości dopóki nie łączy się on z przemocą opresją krzywdą cierpieniem, wymuszeniem czy uprzedmiotowieniem, a tak często dzieje się w związkach heteroseksualnych.

Szukanie norm życia seksualnego w zgodności z naturą jest w równym stopniu nieskuteczne, jak szukanie tych norm w zgodności z tradycją. Zresztą nie ma co szukać przyczyn homoseksualizmu, tak jakby był chorobą skoro jest on raczej trwałą lub przygodną formą przejawiania swojej seksualności. Można by dodać- kulturową formą przejawiania swojej seksualności, bo jeśli spojrzeć na dzieje europejskiej kultury to seksualność i miłość pojawiają się w niej w postaci homoseksualnej.

Tolerancja dla homoseksualizmu rośnie wraz z wiedzą na tematy seksualne, zmniejsza się, gdy w społeczeństwie, w sprawach dotyczących życia seksualnego, zaczyna panować postulat „błogiej nieświadomości”. Prawidło to dotyczy nie tylko ludzi młodych, pozbawionych edukacji seksualnej, ale i „specjalistów” różnej maści, którzy nie dostrzegają że homoseksualizm dawno przestał być traktowany jako zboczenie, choroba, czy schorzenie, a jest- być może- antycypacją heteroseksualnego związku przyszłości.

Skoro bowiem prokreacja dzięki rozwijającym się technikom medycznym (adopcja, in vitro, klonowanie) oddziela się coraz bardziej od życia seksualnego, to różnica, jaka dzielić będzie związek heteroseksualny od homoseksualnego nie będzie zbyt wielka. I nie wiemy- zaprawdę- jakie skutki przyniesie to dzieciom wychowanym w tak odmienionym modelu rodziny, tak jak nie wiemy czy adopcja dzieci przez homoseksualistów jest rzeczywiście dla nich destruktywna. Argument, że dzieci adoptowane przez homoseksualistów stają się homoseksualistami, został- o ile się orientuję- sfalsyfikowany. Homoseksualistami zostają również- czy właśnie przede wszystkim - dzieci rodziców heteroseksualnych. Nawet jednak, jeśli dzieci wychowane przez homoseksualistów powielałyby wzory zachowań swoich przybranych rodziców, a „mimo to” byłyby szczęśliwe i spełnione w życiu, to czy nadal mamy prawo potępiać takie akty adopcji i upierać się, że normalna prokreacja i tradycyjne wychowanie nawet jeśli prowadzą do destrukcji, odrzucenia i cierpienia, są lepsze, ponieważ są bardziej zgodne z naturą? Argument zgody z naturą czy zgody z ideologią jako kryterium moralności jest mało przekonujący. Dobre środowisko wychowawcze to takie, które dostarcza dziecku możliwości wszechstronnego rozwoju, socjalizuje je, indywidualizuje, czyni bogatym wewnętrznie, autonomicznym, zapewnia poczucie bezpieczeństwa i - nade wszystko- chroni przed cierpieniem. Jeśli funkcje te będą realizowane w obrębie jakiegokolwiek środowiska wychowawczego, to fakt jego kształtu, płci i orientacji seksualnej jego członków czy zgodności z naturą i społeczną normą normalności nie wydaje mi się być tu szczególnie ważny. W każdym razie dla dzieci.

O złej i dobrej z moralnego punktu widzenia seksualności, nie mogą decydować normy „rzekomej normalności” czy „naturalności”. Katujący swą „naturalną” żonę „naturalny” mąż, czy zadręczająca się w cierpiętniczych relacjach „normalna” rodzina nie jest czymś lepszym z moralnego punktu widzenia niż pełna miłości i wzajemnego zaufania relacja homoseksualna. Podobnie jak czymś nagannym jest opierający się na uprzedmiotowieniu układ homoseksualny, a godna moralnego przykładu jest miłująca się, oparta na partnerstwie, rodzina. Argument, że homoseksualne małżeństwa chcą udawać małżeństwa heteroseksualne jest niewiele wart wobec ogromnej ilości „normalnych” małżeństw, które również- i to z gorszym skutkiem niż homoseksualiści- udają małżeństwa. Nie chcę bronić homoseksualizmu. Sądzę bowiem, że zarówno homoseksualizm sam się obroni, jak i że tak naprawdę nie ma go przed kim bronić. Prawdziwy konflikt istnieje bowiem nie między zwolennikami i przeciwnikami homoseksualizmu (trudno być zwolennikiem homoseksualizmu, jeżeli samemu się go nie doświadczyło), lecz między tymi, którzy uznają prawo wszystkich i każdego do nieszkodzącej innym wolności, a tymi, którzy sądzą, że wolność polega na znalezieniu środków służących zbawieniu czy realizacji jakichś szczególnych celów. Z moralnego punktu widzenia nie jest zalecane, by patriota, którego zadaniem jest mnożenie ojczyźnianej substancji był homoseksualistą (ani też kawalerem, zakonnikiem czy księdzem), tak jak nie jest zalecane, by homoseksualista związał się węzłem małżeńskim z osobą o przeciwnej orientacji (oboje wtedy będą nieszczęśliwi). Podobnie jest ze sprawą bezpieczeństwa. Kobieta na wysokich obcasach na pewno nie musi bać się homoseksualisty, bo ten co najwyżej zapyta ją o sklep, w którym je nabyła. ■

mgr Barbara Halkiewicz

„Postępowanie położnej w okresie wczesnego połogu po porodzie drogami natury lub po cięciu cesarskim”

Połóżna na oddziale położniczym stanowi podstawowy element w opiece poporodowej. To w jaki sposób zaopiekuje się pacjentkom po porodzie zaowocuje jej zadowoleniem z przebiegu okresu połogu. Połóg to szczególny okres dla każdej matki, która to zdobywa umiejętności opieki i pielęgnacji nad samą sobą, ale i narodzonym niedawno noworodkiem.

Postępowanie i opieka położnej obejmuje potrzeby pacjentek w sferze fizycznej jak i psychicznej, ale i pomoc w integracji nowej rodziny a zwłaszcza noworodka. Położna zwraca uwagę na stan położniczy ale i emocjonalny, powinna stanowić podporę psychiczną, nauczyć właściwego zachowania się w połogu, samoobsługi w zakresie higieny i samodzielnej opieki nad noworodkiem.

Ważnym aspektem połogu jest nauczanie matki karmienia piersią. Aby przebieg tego procesu był zgodny z zaleceniami Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), czyli spełniał normy, już w pierwszych chwilach po porodzie do zadań położnej należy umożliwienie wczesnego kontaktu matki z dzieckiem i przystawienie noworodka do piersi.

Kolejnym ważnym punktem jest zapobieganie zakażeniom poprzez nauczanie położnic właściwej pielęgnacji rany poporodowej. Inną ważną kwestią jest umożliwienie wczesnego uruchomienia po porodzie jak i po cięciu, stanowi to prewencję przeciw zakrzepicy żyłnej. Edukacja w zakresie wykonywania ćwiczeń mięśni Kegla, zapobieganie w późniejszym okresie wysiłkowemu nietrzymaniu moczu. Bardzo istotną rolę odgrywa, więc praca i postępowanie położnej, uważa się bowiem że profesjonalna edukacja, wsparcie oraz pomoc manualna matkom w zakresie pielęgnacji jest niezbędna w prawidłowym przebiegu połogu.

Sukces w postaci połogu niepowikłanego można osiągnąć, jeżeli poradnictwo jest łatwo dostępne i realizowane przez bezpośredni kontakt matki z osobami do tego profesjonalnie przygotowanymi np. położnymi.

POŁÓG O PRZEBIEGU FIZJOLOGICZNYM

Połogiem nazywamy okres poporodowy, trwający zwykle 6- 8 tygodni, w którym cofają się ciążowe i porodowe zmiany ogólnoustrojowe i zmiany w obrębie narządu rodnego.

Okres ten dzieli się na:

- połóg bezpośredni obejmujący pierwsze 24 godziny po porodzie,
- wczesny do końca pierwszego tygodnia po porodzie,
- późny do końca 6 tygodnia po porodzie.

Połóg zaczyna się zwykle z chwilą urodzenia kompletnego płodu.

Charakteryzują go następujące procesy:

- cofanie się zmian ciążowych i porodowych,
- podjęcie czynności przez jajniki,
- rozpoczęcie i utrzymanie laktacji,
- gojenie się ran związanych z porodem.

Określenie okresu poporodowego obejmuje czas od porodu do pierwszej miesiączki.

Cofanie się zmian ciążowych i porodowych

Zmiany w obrębie macicznych narządów polegają na powrocie do stanu pierwotnego, dotyczy to zarówno wielkości jak i położenia. Proces inwolucji dotyczy macicy, dna miednicy, powłok brzusznych, pęcherza moczowego, jelit, zwiększa się również napięcie mięśni brzucha i zmniejsza uwodnienie organizmu.

Procesy inwolucji macicy obejmują: zmniejszenie się macicy,

zamykanie się kanału szyjki, wydalenie resztek zmienionego endometrium, gojenie się miejsca łożyskowego. Proces ten jest spowodowany działaniem dwóch mechanizmów, rozporządzających się równocześnie z wydaleniem łożyska.

- Pierwszy mechanizm spowodowany jest przerwaniem działania hormonów łożyskowych – gonadotropiny kosmówkowej, laktogenu łożyskowego, progesteronu i estrogenów.
- Drugi mechanizm odpowiedzialny jest za zmniejszenie ukrwienia mięśnia macicy w wyniku działania skurczy połogowych. Wyróżnia się trzy rodzaje skurczy połogowych: - skurcz toniczny, związany z stałym napięciem mięśnia macicy po porodzie trwającym zwykle do 4-5 dnia połogu, - cykliczne skurcze poporodowe, związane z samodzielnymi skurczami macicy, rozpoczynają się zaraz po porodzie, trwają 2-3 dni, słabo odczuwane przez pierwiastki, wyraźne u wieloródek, - skurcze odruchowe związane z karmieniem piersią.

Masa mięśnia macicy wynosi po porodzie około 1000 gram, po zakończeniu połogu około 50-70 gram. Najintensywniej zmniejsza się na początku, w ciągu pierwszych 5 dni. Proces ten jest spowodowany zmniejszaniem się wielkości komórek mięśniowych.

Bezpośrednio po porodzie macica jest silnie przodozgięta, w stosunku do szyjki macicy. Dno znajduje się w połowie odległości między spojeniem łonowym a pępkiem, natomiast po 24 godzinach, w skutek zmniejszania napięcia macicy oraz zwiększania napięcia dna miednicy, dno macicy sięga wysokości pępka. W ciągu następnych dni obniża się codziennie o 1,5 cm. W piątej dobie znajduje się w połowie odległości między spojeniem łonowym a pępkiem. W 10 dobie znajduje się na wysokości spojenia łonowego i jest niewyczuwalna.

Zamykanie kanału następuje bardzo szybko. W drugiej dobie zaczyna formować się część pochwoy. W trzeciej dobie po porodzie szyjka macicy jest w dużej mierze uformowana, kanał jest znacznie zwężony. W ósmej – dziesiątej dobie ujście zewnętrzne szyjki rozwarło się na 1 cm, kanał i ujście wewnętrzne zaś jest już zwykle zamknięte, ale umożliwia odpływ odchodów. Po zakończeniu procesu involucji szyjka przybiera kształt walcowaty, ujście zewnętrzne staje się szparowate.

Wydalenie resztek endometrium, związane jest z gojeniem się rany jamy macicy. Odchody połogowe związane są z wydalaniem z macicy i treścią surowiczą. Mają mdły zapach i są silnie zakaźne. Określone są lochia. Wygląd ich zmienia się w trakcie połogu i zależy od procesu gojenia się macicy. W pierwszym tygodniu odchody są krwiste (lochia rubra), następnie (2 tydzień) stają się brązowo krwiste (lochia fusca), później żółte (lochia flava). W trzecim tygodniu stają się białawe (lochia alba). Zanikają w 4-6 tygodniu po porodzie.

Miejsce łożyskowe w ciągu pierwszych dni po porodzie ulega infiltracji przez granulocyty i komórki jednojądrzaste. Stanowią one ochronę antybakteryjną. Martwica doczesnej rozpoczyna się zaraz po porodzie, po tygodniu proces jest już zauważalny. W 7 dniu po porodzie stwierdza się proces regeneracji gruczołów endometrialnych, dochodzi również do odbudowy podścieliska. Proces ten zostaje zakończony około 16 dnia połogu.

Zmiany w układzie krążenia dotyczą zwiększenia się pojemności minutowej o 10 -20 % i utrzymywania się tego stanu wraz z zwolnieniem pracy serca przez około 2 tygodnie po porodzie. W pierwszej dobie może nastąpić przejściowe zwiększenie objętości krwi krążącej, wraca do normy po 4-6 tygodniach.

Naczynia krwionośne odzyskują stopniowo normalne napięcie, jednak u 1/3% kobiet pojawiają się żylaki o różnym stopniu nasilenia.

Zaraz po porodzie w składzie krwi zachodzą zmiany: zwiększa się hematokryt w ciągu 3-7 dni wraca do normy po 4-5 tygodniach, wzrasta liczba leukocytów w pierwszych 10-12 dniach normalizuje się po 2 tygodniach, wzrasta liczba płytek krwi i stężenie fibrynogenu (szczególnie niebezpieczne ryzyko zakrzepicy 2-3 doba) wraca do normy po 3 tygodniach. Stężenie wolnych kwasów tłuszczowych wraca do poziomu sprzed ciąży w ciągu 24 godzin. Stężenie trójglicerydów i LDL wraca do normy dopiero po 6 tygodniach. Hemoglobina, jeśli nie było znacznej utraty krwi przy porodzie, wraca do stanu sprzed ciąży po około 1 tygodniu na skutek zmniejszania się ilości osocza.

Po porodzie zanika również oporność na insulinę, spowodowana w ciąży laktogenem łożyskowym. W 2-3 dniu po porodzie stwierdza się zwykle spadek poziomu glukozy.

Zmiany w układzie moczowym następują już po 12 godzinach od porodu, dotyczą znacznego nasilenia się diurezy do 2-4 litrów na dobę. U kobiet z obrzękami zwiększa się ona nawet do 6 litrów na dobę. W ten sposób masa ciała zmniejsza się o 3-5 kilogramów. Istniejące w czasie ciąży powiększenie moczowodów i miedniczek nerkowych ustępuje zwykle do 2 tygodni po porodzie. Podwyższony w ciąży klirens kreatyniny i filtracja kłębuszkowa wracają do normy po 8 tygodniach po porodzie.

Na szczególną uwagę zasługuje zmniejszenie napięcia jelit, spowodowane przez ciążę, następnie poród (niedostateczny podaż płynów, pokarmu) i leżenie w łóżku podczas połogu. Początkowe zaparcia trwają zwykle 2-3 dni, napięcie jelit normalizuje się zwykle po upływie tygodnia od porodu.

Po kilku dniach cofa się cierpienie palców, a ból krzyża ustępuje zwykle po 6 tygodniach.

Tętno początkowo po porodzie jest wolne, 40-70 uderzeń na minutę przez 24-48 godzin i stabilizuje się po 1 tygodniu. Zmiany w układzie oddechowym normują się po 6 miesiącach. Prawidłowa temperatura w połogu wynosi 36,6-37°C.

Podjęcie czynności przez jajniki

Podczas ciąży wydzielanie hormonów gonadotropowych z przysadki jest hamowane przez estrogeny i prolaktynę, początkowo wydzielane przez ciało żółte, później przez łożysko. Proces ten powoduje hamowanie dojrzewania pęcherzyków jajnikowych i jajczkowania. Po wydaleniu łożyska, jajniki nie od razu podejmują w pełni swoją funkcję wydzielniczą, powstają hormony gonadotropowe, lecz w niewielkiej ilości. Proces pełnego wydzielania rozwija się lecz bardzo powoli.

Pojawienie się pierwszej miesiączki jest uzależnione od ponownego uruchomienia sprzężenia zwrotnego między podwzgórzem, przysadką a jajnikami.

Laktacyjny brak miesiączki oznacza brak miesiączki w okresie karmienia piersią. U większości kobiet karmiących miesiączka pojawia się zwykle pod koniec laktacji lub po zakończeniu karmienia. Duże stężenie prolaktyny wpływa hamująco na oś przysadka – podwzgórze – jajnik. Stężenie prolaktyny uwarunkowane jest efektywnością karmienia piersią, im matka częściej karmi tym stężenie prolaktyny (PRL) jest wyższe, a stężenia lutropiny (LH), estradiolu i folitropiny (FSH) są małe. Kobiety, które nie karmią piersią mogą uważać się za niepłodne tylko przez pierwsze trzy tygodnie po porodzie. Pierwsze owulacje mogą pojawić się w 4-6 tygodniu po porodzie. Bezpośrednio po porodzie zmniejsza się stężenie estrogenów. Pozostają one małe u kobiet karmiących natomiast u nie karmiących zaczynają się podwyższać i w 17 dniu są znacząco

wysokie, stężenia FSH są niskie zarówno u kobiet karmiących jak i nie karmiących (hamujący wpływ prolaktyny). Wyłącznie karmienie piersią „na żądanie” powoduje wydłużenie czasu niepłodności do ok. 6-8 miesiąca po porodzie. Pierwsze 12 tygodni połogu u matki karmiącej uznaje się za całkowicie bezpłodne, następnie należy włączyć inne metody kontroli planowania rodziny. Metodami pierwszego rzutu w okresie karmienia są metody naturalne LAM i NPR oraz metody barierowe (prezerwatywa). Metoda LAM pozwala zorientować się, która kobieta w okresie laktacji ma zwiększone ryzyko przedwczesnego powrotu do płodności. Warunki jakie należy spełniać, aby ryzyko powrotu płodności nie przekraczało 1-2%, to przede wszystkim: brak miesiączki, wyłączne karmienie piersią bez dokarmiania, przerwy między kolejnymi karmieniami nie przekraczają 6 godzin, dziecko ma mniej niż sześć miesięcy. Jeśli choćby jeden warunek nie jest spełniony należy rozpatrywać zwiększone ryzyko zajścia w ciążę. Kontynuując karmienie piersią należy rozpocząć obserwację własnego organizmu na przykład za pomocą metody NPR. Metoda ta polega na obserwacji naturalnie pojawiających się w cyklu miesięczkowym kobiety, objawów okresu płodności i niepłodności, i unikaniu współżycia w fazie płodnej cyklu. W okresie późniejszym, gdy dziecko ma powyżej sześciu miesięcy i zaczyna spożywać inne pokarmy szanse na poczęcie rosną. Jeśli matka nadal nie miesiączkuje szanse na zajście w ciążę są nie wielkie ok. 5%. Należy pamiętać, że wystąpienie owulacji u ok. 50% kobiet może poprzedzać wystąpienie miesiączki.

Laktacja i karmienie piersią

Laktacja jest to proces wytwarzania mleka przez gruczoły sutkowe. Zależna jest od prawidłowego przebiegu następujących procesów:

- mamogenezy – rozwoju gruczołów w okresie pokwitania,
- laktogenezy – przygotowanie do funkcji wydzielniczej w ciąży,
- galaktogenezy – wydzielanie mleka po urodzeniu się łożyska,
- galaktopoezy – utrzymanie wydzielania mleka w połogu, znaczenie tu ma sprawne działanie odruchów prolaktynowego i oksytocynowego;
- galaktokinezy – wydzielanie mleka, znaczenie ma tu ssanie piersi przez noworodka.

Progesteron łożyskowy w czasie ciąży odpowiada za proliferację pęcherzyków mlecznych, pod wpływem estrogenów rozwija się sieć przewodów mlecznych. Prolaktyna pomaga komórkom sekrecyjnym osiągnąć pełną dojrzałość. Pęcherzyki mleczne zaczynają produkcję mleka przedporodowego od około 16 tygodnia ciąży. Jest to etap zwany laktogenezą I. W czasie ciąży estrogeny i progesteron stają się antagonistami prolaktyny. Laktogen łożyskowy jest odpowiedzialny za tworzenie licznych receptorów prolaktyny, jednocześnie utrzymuje je w zamknięciu. Po urodzeniu się łożyska stężenie: estrogenów, laktogenu łożyskowego oraz progesteronu gwałtownie się obniża, podczas gdy stężenie prolaktyny pozostaje wysokie. Receptory zostają uwolnione i mogą łączyć się z prolaktyną odpowiedzialną za produkcję mleka. Skutkuje to rozpoczęciem obfitego wydzielania mleka. Jest to etap laktogenezy II. Moment ten następuje niezależnie od ssania piersi przez noworodka. Do uzyskania pełnej laktacji niezbędna jest jednak stymulacja gruczołu. Każde ssanie piersi lub odciąganie pokarmu powoduje odruch prolaktynowy. Dzięki temu poziom prolaktyny w pierwszych dniach i tygodniach obniża się stopniowo. W 2-3 miesiącu poziom prolaktyny wraca do wartości przed ciążą, u innych wciąż pozostaje dwu lub trzy krotnie wyższy. Brak stymulacji gruczołu piersiowego

po porodzie powoduje gwałtowny spadek poziomu prolaktyny i wydzielania mleka. Stabilizacja laktacji następuje zazwyczaj w pierwszych 6 tygodniach. Ilość wytwarzanego mleka, w pełni odpowiada zapotrzebowaniu dziecka karmionego na żądanie. Utrzymanie wydzielania mleka na stałym poziomie przez cały okres karmienia piersią nazywamy laktogenezą III.

Laktacja jest regulowana przez dobrze działające odruchy: prolaktynowy, oksytocynowy i mechanizm autokryny.

Poziom hormonalny jest zależny od hormonów. Prawidłowa gospodarka hormonalna wpływa na utrzymanie laktacji po porodzie.

Poziom neurohormonalny jest zależny od odruchu prolaktynowego i oksytocynowego. Odruch wytwarzania pokarmu (prolaktynowy), powstaje podczas ssania. Bodziec ten powoduje uwalnianie prolaktyny z przedniego płata przysadki, która to pobudza komórki nabłonka wydzielniczego do wytwarzania mleka z prekursorów pochodzących z krwi matki. Następnie wydziela je do światła pęcherzyków. Odruch wypływu pokarmu (oksytocynowy) powstaje również podczas ssania. Ssanie jest bodźcem, który wyzwała wydzielanie oksytocyny z tylnego płata przysadki mózgowej. Oksytocyna drogą naczyń krwionośnych dociera do gruczołu piersiowego, gdzie powodując skurcz komórek mięśniowych oplatających pęcherzyki i przewody mleczne powoduje wypływ mleka. Uruchomienie tego odruchu jest niezbędne do opróżniania piersi. O ile odruch prolaktynowy jest uruchamiany tylko podczas ssania, o tyle odruch oksytocynowy może być wywołany przez inne bodźce: widok, płacz, stres.

Mechanizm autokryny umożliwia regulowanie produkcji pokarmu zależnie od stopnia opróżnienia lub przepełnienia piersi. Regulacja ta polega na pojawieniu się w przepełnionej piersi czynnika hamującego wytwarzanie pokarmu. Im dłużej pierś pozostaje przepełniona tym bardziej zwalnia się synteza mleka i odwrotnie, im częściej pierś jest opróżniana tym intensywniej wytwarzane jest mleko.

Światowa Organizacja Zdrowia WHO zaleca wyłączne karmienie piersią do końca 6 miesiąca po porodzie wyłącznie.

Siera to pierwszy pokarm jaki uzyskuje noworodek. Wydzielanie siary trwa przez 4-6 pierwszych dni po porodzie. Jest to gęsty, żółtawy płyn. Barwę nadaje beta-karoten. Znajduje się tu dużo immunoglobulin, zwłaszcza SIgA, oraz leukocytów co zapewnia wysoką ochronę immunologiczną. SIgA odgrywa dużą rolę ochronną dla jelit noworodka, uszczelnia je i zapobiega kolonizacji jelit przez szkodliwe mikroorganizmy. Siera zawiera dużo sodu, potasu, białek, chlorków, witamin A i E, karotenu, mniej tłuszczów i laktozy w porównaniu z mlekiem dojrzałym. Ma również niższą wartość kaloryczną - 67kcal\dl, niż mleko dojrzałe - 75kcal\dl.

Mleko przejściowe stanowi fazę przejściową między siarą a mlekiem dojrzałym. Wydzielane jest między 7 a 14 dobą laktacji. Jest białawe, zmienne. Jest tu mniej immunoglobulin, białka, oraz witamin rozpuszczalnych w tłuszczach, wzrasta poziom laktozy, tłuszczów i witamin rozpuszczalnych w wodzie. Rośnie wartość kaloryczna.

Mleko dojrzałe możemy o nim mówić po 2 tygodniach od porodu. Jest ono niebieskawe, wodniste klarowne. Zwiększa się jego objętość, zawartość laktozy, tłuszczów, wzrasta kaloryczność, obniża się poziom białka.

Podczas jednego karmienia również dochodzi do zmian w składzie pokarmu. Mleko pierwszej fazy ssania jest bardziej wodniste, poziom tłuszczu jest niski około 2%. Mleko drugiej fazy jest bardziej kaloryczne zawiera więcej białek oraz około 5-6% tłuszczu. Pokarm zmienia się również w ciągu doby, i tak w nocy zawiera najwięcej tłuszczu i białek, związane jest to z tym, iż wydzielanie prolaktyny jest najwyższe między 3-4 godziną, dlatego tak ważne jest karmienie nocne. Najniższy poziom

prolaktyna osiąga po południu.

Karmienie piersią jest najkorzystniejszym sposobem żywienia noworodka i niemowlęcia, przynoszącym korzyści zdrowotne dla matki jak i dziecka.

Korzyści dla matki:

- wczesne karmienie zapobiega przed krwotokami poporodowymi, następuje szybka inwolucja mięśnia macicy i mniejsza jest utrata krwi (efekt oksytocynowy);
- stopniowe jest przechodzenie organizmu ze stanu ciąży do fizjologicznych cykli miesięczkowych;
- brak miesiączek przyczynia się do odbudowania zapasów żelaza, ochrania matkę i dziecko przed anemią,
- poprawia się sprawność metaboliczna organizmu kobiety, obserwuje się naturalny spadek masy ciała karmiącej matki (dzienne zapotrzebowanie kaloryczne to 2800kcal);
- zwiększenie odstępów między kolejnymi dziećmi - wysoki poziom prolaktyny działa hamująco na czynność jajników i w naturalny sposób opóźnia powrót płodności i wydłuża odstępy między urodzeniem kolejnych dzieci, przy przestrzeganiu pewnych zasad karmienie piersią jest skuteczną metodą planowania rodziny (metoda LAM);
- karmienie piersią zmniejsza ryzyko wystąpienia nowotworu piersi, raka jajnika, zmniejsza ryzyko osteoporozy.

Korzyści dla dziecka:

- pokarm matki zaspokaja wszystkie potrzeby żywieniowe w pierwszych 6 miesiącach życia dziecka, jest szybko i łatwo trawiony, zawsze świeży, ciepły, czysty, zawiera wszystkie składniki niezbędne do rozwoju dziecka;
- zwiększa się odporność organizmu dziecka;
- mniejsze ryzyko wystąpienia biegunki, infekcji układu oddechowego, infekcji ucha środkowego, alergii;
- trzykrotnie mniejsze ryzyko wystąpienia śmierci łóżeckowej SIDS;
- enzymy trawienne w mleku matki zabezpieczają dzieci z niedojrzałym układem enzymatycznym;
- niski poziom składników mineralnych nie obciąża nadmiernie nerek noworodka;
- karmienie mlekiem kobiecym chroni dzieci przed próchnicą zębów mlecznych i stałych;
- ssanie piersi jest ćwiczeniem, które stymuluje prawidłowy rozwój mięśni szczęki i żuchwy, im dłużej dziecko jest karmione piersią, tym mniejsze jest ryzyko wystąpienia wady zgryzu;
- w wieku dorosłym rzadziej chorują na zapalenie dróg moczowych, zapalenie ucha środkowego, biegunki, zapalenie migdałków, alergię, astmę oskrzelową, cukrzycę typu I i typu II, nadwagę, nowotwory, nadciśnienie, zawały serca;
- karmienie piersią pomaga rozwinąć bliską i emocjonalną więź z matką jak również pozytywnie wpływa na rozwój psychomotoryczny i społeczny dziecka, dziecka;

Wiele początkowych trudności można ominąć, dzięki prawidłowemu przygotowaniu do karmienia piersią. Posiadanie wiedzy na temat przystawiania do piersi oraz pozycji przy karmieniu, umożliwia osiągnięcie początkowego sukcesu oraz kontynuację karmienia piersią przez najbliższe miesiące życia dziecka. Karmienie piersią oznacza dla matki i dziecka dopasowanie się do siebie. Jest to czas intensywnej nauki. Karmiąca mama powinna posiadać następującą wiedzę:

- każde karmienie powinno odbywać się w wygodnej pozycji można tu wykorzystać podnózek, dzięki któremu zostaje odciążony kręgosłup, a matka może się lepiej odprężyć;
- dziecko leży z matką „brzuch do brzucha” tak aby nie musiało obracać głowy, przy ssaniu, usta znajdują się na wysokości sutka; ucho, bark i biodro powinny znajdować się w jednej linii, jest to ważne dla efektywnego ssania oraz

symetrii dziecięcego ciała;

- pierś powinna być podtrzymywana tzw. chwytem C, trzy lub cztery palce podtrzymują pierś od spodu, kciuk opiera się luźno na górnej stronie piersi, oddalony o około 5 centymetrów od sutka;
- należy połaskotać sutkiem górną wargę dziecka, stymulacja ta pozwoli na odruchowe otwarcie ust i wysunięcie języka przez dziecko, jest to moment w którym należy podać pierś, starając się aby w ustach niemowlęcia znalazł się sutek wraz z większą częścią otoczki;
- zewnętrznymi oznakami prawidłowego przystawienia do piersi są: wargi wywinięte na zewnątrz, obniżona dolna szczęka, broda i nos noworodka dotykają piersi, dziecko powinno rytmicznie ssać i połykać, ma rozluźnione ręce i ramiona, jest syty i zadowolone po karmieniu;
- przysane dziecko odstawiamy od piersi wsuwając mały palec w kącik ust noworodka; karmienie piersią nie może być bolesne, matka może odczuwać silne ciągnięcie, powinna się przy nim relaksować, może odczuwać większą częstotliwość obkurczania macicy, pierś po karmieniu staje się wyraźnie lżejsza;
- utrata masy ciała noworodka w pierwszych trzech dniach jest fizjologią nie powinna ona jednak przekraczać 7%-10% masy urodzeniowej, spadek masy zazwyczaj trwa do trzeciej doby, w piątą dobę noworodek powinien zacząć przybierać na wadze, w czternastym dniu powinien osiągnąć masę urodzeniową;
- noworodek powinien być karmiony średnio 8 razy na dobę, również w nocy, karmienie nie powinno trwać dłużej niż 15-20 minut z obu piersi, karmienie powinno zaczynać się od piersi ostatnio przystawianej; noworodek powinien ssać pierś prawidłowo i efektywnie, odgłos połykania słyszalny powinien być przynajmniej przez dziesięć minut;
- noworodek powinien oddawać 3 lub więcej stolcy w ciągu doby, są one: żółte, luźne, papkowate, ilość zmniejsza się od 6 tygodnia (mogą pojawić się raz na kilka dni), moc jest bezwonny, jasny, średnio 6-8 mokrych pieluch na dobę.

W czasie od dwóch do dwudziestu godzin od urodzenia, następuje okres obniżonej aktywności noworodka. Rytm karmień w pierwszej dobie jest odpowiednio rzadszy. Od drugiej doby zaczynają się częste karmienia, średnio osiem-dwanaście w ciągu 24 godzin, które umożliwiają odpowiednią stymulację laktacji. Początkowo dzieci chcą być często przystawiane do piersi, raz po razie. Jest to fizjologiczne zachowanie noworodka. Zachowanie to umożliwia noworodkowi ćwiczenie poprawnego obejmowania i poróżniania piersi. Częste przystawianie w pierwszych dobach pobudza syntezę prolaktyny i dzięki temu rozpoczyna się proces wytwarzania mleka. W ciągu kilku pierwszych tygodni, przerwy między karmieniami wydłużają się i stabilizuje się naturalny rytm karmień.

Ucząc matki prawidłowego postępowania w laktacji, zapobiega się wielu problemom i wydłuża się okres karmienia piersią. Pierwsze karmienie powinno rozpocząć się jak najszybciej po porodzie. Najlepiej w pierwszych dwóch godzinach. Wtedy noworodek jest najbardziej aktywny a odruch szukania jest bardzo silny. Jest to okres, kiedy budzi się instynkt macierzyński u matki. Karmienie należy rozpocząć kiedy noworodek zaczyna szukać piersi. Opóźnienie pierwszego karmienia jest, u noworodków, przyczyną wielu kłopotów ze ssaniem. Po porodzie fizjologicznym jak i zabiegowym możliwe jest ułożenie osuszonego noworodka w ramionach matki. Kontakt „skóra do skóry” dziecka z matką, umożliwia osiedlenie na skórze noworodka niegroźnych dla niego bakterii ze skóry matki, ale także wpływa pozytywnie na długość karmienia piersią. Zapobiegając wychłodzeniu należy pamiętać o okryciu

noworodka, tam gdzie nie przylega do matczynej skóry. Kontakt ten powinien trwać do zakończenia pierwszego karmienia.

Jest bardzo wiele pozycji do karmienia dziecka, są one zróżnicowane ze względu na sytuację w jakiej znajduje się matka i dziecko. Inaczej karmi się noworodka, inaczej dziecko dwuletnie, inaczej po porodzie fizjologicznym, inaczej po cięciu cesarskim. Znajomość wielu pozycji pozwala uniknąć problemów podczas laktacji. Każda karmiąca kobieta powinna zapoznać się z pozycją „klasyczną”, „spod pachy” oraz karmieniem na leżąco. Zwłaszcza na początku zaleca się częste zmienianie pozycji przy karmieniu, aby w ten sposób opróżniać wszystkie gruczoły piersiowe. Przeważnie matka wybiera jedną lub dwie pozycje i stosuje je przez cały okres karmienia piersią. Znajomość wielu pozycji, pozwoli jej znaleźć pozycję najbardziej odpowiednią i optymalną dla siebie i dziecka.

Karmienie piersią jest stanem fizjologicznym, dlatego sposób odżywiania się karmiącej nie różni się od zdrowego, prawidłowego odżywiania. Należy jednak uwzględnić większe zapotrzebowanie na niektóre składniki odżywcze (białko, witaminy, mikroelementy), oraz zwiększone zapotrzebowanie energetyczne, związane z wytwarzaniem mleka, które wzrasta do około 500 kcal na dobę. Sposób odżywiania w niewielkim tylko stopniu wpływa na skład pokarmu, nawet umiarkowanie niedożywiona kobieta wytwarza pełnowartościowy pokarm. Należy jednak zadbać o prawidłowe odżywianie podczas laktacji, aby nie odbywała się ona kosztem zasobów organizmu matki. Matka karmiąca powinna korzystać z różnorodnych produktów przede wszystkim: będących źródłem białka - mleko i jego przetwory, jaja, ryby, mięso, wędliny; produkty będące źródłem węglowodanów - produkty zbożowe (pieczywo, kasza, ryż, makaron), warzywa i owoce produkty będące źródłem tłuszczu - masło, oleje roślinne. Dieta matki karmiącej powinna być lekkostrawna, uregulowana - powinna uwzględniać cztery do pięciu posiłków dziennie. W okresie karmienia zwiększa się zapotrzebowanie na płyny. Wskazane jest picie naturalnych wód źródlanych i mineralnych, nisko lub średnio zmineralizowanych, słabej herbaty, mleka. Karmiąca kobieta powinna unikać żywności zawierającej: konserwanty, sztuczne barwniki, dania typu fast-food, słodczyce. Wśród produktów, które mogą wywołać niekorzystne reakcje znajdują się: potrawy ciężkostrawne - tłuste wędliny, żółte sery, potrawy smażone; potrawy wzdymające - groch, fasola, kapusta; produkty o zdecydowanym zapachu i smaku - czosnek, ostre przyprawy; silne alergeny - mleko i jego przetwory, jaja, cytrusy, kakao, czekolada, orzechy. Najistotniejsze jest obserwowanie dziecka, jeżeli po jakimś produkcie wystąpi niepokój, kolka, wysypka, należy tego produktu unikać. Bez względu na przeciwwskazane przy karmieniu piersią są nikotyna i narkotyki, każda ilość tych substancji jest szkodliwa i niebezpieczna dla dziecka.

Gojenie się ran porodowych

Rana jamy macicy powstaje w wyniku oddzielania się łożyska i błon płodowych. Oddzielenie następuje blisko mięśnia macicznego, zostaje sama warstwa doczesna, na jej powierzchni rozsiadane są liczne gruczoły. Warstwa ta pozbawiona jest chroniącego ją nabłonka.

Miejsce łożyskowe w pierwszych dniach połoгу, ma powierzchnię nierówną, szorstką. Wygląd taki nadają mu resztki tkankowe, kikuty naczyń, resztki kosmków chwytanych, które to ulegają martwicy. Proces gojenia rozpoczyna się dopiero po oczyszczeniu rany. Następuje wówczas napłynięcie w okolice rany, wraz z krwią limfocytów, fagocytów i granulocytów. Resztki tkankowe są upłynniane i wydalone w postaci odchodów. Pozostała część tworzy materiał wyjściowy do powstawania

nowego endometrium. Komórki krwi łącznie z fibryną tworzą barierę ochronną rany, chroniącą przed wtargnięciem bakterii. Innym mechanizmem obronnym jest stały skurcz mięśnia macicznego, który zaciska nacynia krwionośne, chroniąc tym samym przed zakażeniem. Gojenie rany - regeneracja zaczyna się od nabłonkowania, którego podstawę stanowią resztki gruczołów pozostałe po oddzieleniu łożyska. Gojenie rany jest zakończone z chwilą pokrycia całego zrębu nabłonkiem, ma to miejsce w 6 - tygodniu połoгу.

KONTROLA I OPIEKA POŁOŻNEJ W POŁOГУ

Opieka położnej nad położnicą powinna obejmować jej potrzeby fizyczne, psychiczne jak i pomoc w integrowaniu się nowej rodziny. Należy zwracać szczególną uwagę na stan położnicy, a także jej potrzeby emocjonalne. Położna powinna stanowić podporę psychiczną, nauczyć właściwego opiewania się sobą, ale i noworodkiem. Kontrola stanu powinna obejmować zmiany inwolucyjne oraz ogólnoustrojowe. Obserwacja stanu zdrowia obejmuje nie tylko pełen ryzyka okres 24 godzin po porodzie ale i najbliższe dni wczesnego połoгу, w których, jeśli wystąpią objawy niepożądane, szybka pomoc zapobiega poważnym powikłaniom.

Kontrola i opieka po porodzie siłami natury i po cięciu cesarskim

W ciągu najbliższych godzin po porodzie a następnie najbliższych dni prowadzić się powinno szczególny nadzór położniczy nad położnicą obejmujący kontrolę stanu ogólnego, cofanie się zmian ciążowych i porodowych, gojenie się ran i laktację.

Obserwację stanu w pierwszej godzinie po porodzie należy dokonywać co 15 minut, w ciągu kolejnych 2 do 8 godzin co 1-2 godziny, w następnych dobach dwa razy dziennie.

- Tętno jest prognostyczną wskazówką ważnych powikłań (zakażenia). Prawidłowa częstość 60-80 uderzeń na minutę.
- Temperatura prawidłowa wynosi 35,6°C-37°C. Od 37°C do 37,9°C mówi się o stanie podgorączkowym, od 38°C o gorączce w połoгу. Temperatura podwyższona występująca poza dniem porodu, i pierwszym/drugim dniem połoгу może świadczyć o stanie zapalnym w połoгу, zwłaszcza jeśli pojawiają się cuchnące odchody oraz ból brzucha.
- RR - górna granica wynosi 140/90 mmHg.
- Kontrola wysokości dna macicy, badanie należy wykonywać zawsze po opróżnieniu pęcherza moczowego przez pacjentkę. Dokonując kontroli wysokości należy zwrócić uwagę na: wielkość płodu, przedłużający się poród (zmęczenie mięśnia macicy), macica tyło zgięta (zatrzymanie odchodów), położnica nie karmi piersią (karmienie przyspiesza obkurczanie mięśnia macicy).
- Kontrola odchodów połogowych. Należy uwzględnić: wygląd i zapach (informują o procesie gojenia się rany macicy) i ilość odchodów (ryzyko krwawień), przy nadmiernej ilości odchodów podkładamy miskę nerkową, gromadzimy wkładki pamiętając o bezwzględnych zasadach aseptyki.
- Oddawanie moczu. W pierwszych dniach połoгу następuje wzmożona diureza (2-4 litry dziennie), często jednak występują problemy z pierwszym oddaniem moczu, należy starać się by nastąpiło to w okresie 6 godzin po porodzie oraz 6 godzin po usunięciu cewnika po cięciu cesarskim. Należy pacjentce umożliwić w tym celu: wczesne wstanie, w razie konieczności stosować ciepłe okłady, zachęcać do picia płynów. W ostateczności wykonać cewnikowanie pęcherza moczowego. Przyczynami zatrzymania moczu mogą być: odruchowe zatrzymanie moczu, urazy dróg



- moczowych, zmniejszone napięcie pęcherza moczowego.
- Wypróżnianie podczas położu. Zaparcia w położu należy uznać za fizjologię. Przyczynami są: zmniejszone napięcie ścian jelita grubego, zmniejszone ciśnienie śródbrzusze po porodzie. Pierwszy stolec położnica powinna oddać do 3 doby po porodzie. W leczeniu stosuje się: dietę bogatą w błonnik i płyny, lekkie środki ułatwiające wypróżnienie (płynną parafinę), w ostateczności wlew doodbytniczy.
 - Kontrola gojenia się ran krocza. Codziennie należy kontrolować proces gojenia się krocza, zwracamy szczególną uwagę na obrzęk, zaczerwienienie, zasinienie, nieprzyjemną woń, nalot, ból, subiektywne odczucia pacjentki. Należy przekazywać informacje na temat pielęgnacji krocza i ćwiczeniach Kegla. Srom i krocze należy myć co najmniej 3 razy dziennie oraz po każdym oddaniu moczu i stolca, wkładki powinny być zmieniane często.
 - Rana po cięciu powinna być sucha, brzegi rany powinny przylegać do siebie. Zaniepokoić nas powinno zaczerwienienie, wysięk.
 - Kontrola gruczołów sutkowych i piersi. Należy dbać o regularne przystawianie noworodka do piersi, obserwować czy nie są one zaczerwienione, brodawki pogryzione. Zwracać uwagę na higienę i czystość piersi podczas laktacji. Profilaktyka polega na nauczaniu prawidłowej techniki karmienia dziecka, i obserwacji objawów niepożądanych.
 - Profilaktyka konfliktu serologicznego – wszystkie pacjentki z Rh (-), które urodziły dziecko z Rh (+), otrzymują w ciągu 72 godzin immunoglobulinę anty -D. 150 mg. po porodzie fizjologicznym, 300mg po cięciu cesarskim.
 - Stan emocjonalny – należy zwracać uwagę na matczyne smutki, uwzględnić występowanie depresji, która może dawać początek psychozie poporodowej. W 2/3 dobie 50%-80% kobiet przechodzi stan emocjonalnego rozchwiania (Baby blues). Towarzyszą temu: zmiany nastroju, płaczliwość, rozdrażnienie. Należy udzielić pacjentce wsparcia, oraz wyjaśnić, iż stan ten jest spowodowany rozchwianiem hormonalnym i zmęczeniem po porodzie.

Uruchamianie i gimnastyka w położu

Po porodzie fizjologicznym położnica powinna wstać najpóźniej po 6-8 godzinach, po cięciu cesarskim po 12 godzinach.

Wczesne uruchomienie:

- zapobiega powikłaniom zakrzepowym – zatorowym,
- ułatwia szybszą inwolucję macicy i odpływanie odchodów,
- ułatwia oddanie moczu, poprawia perystaltykę jelit,
- korzystnie wpływa na samopoczucie.

Położnice ze stanem podgorączkowym powinny wstawać tylko do toalety, poza tym zaleca im się leżenie.

Ćwiczenia fizyczne mają duże znaczenie dla prawidłowego przebiegu położu:

- zwiększają napięcie mięśni brzucha,
- poprawiają samopoczucie,
- pobudzają krążenie,
- zapobiegają bólowi okolicy krzyżowej.

Przez pierwsze 3 dni zaleca się wykonywanie ćwiczeń oddechowych i ćwiczeń Kegla. Następnie można włączać ćwiczenia poprawiające krążenie, ćwiczenia mięśni brzucha. Zaleca się kontynuację gimnastyki przez 4 tygodnie położu. ■

Edyta Dąbrowska

Literatura u autora

Interpelacja Poselska



Szanowna Pani Przewodnicząca,
Halina Synakiewicz

uprzejmie pragnę Panią poinformować, że przesłane stanowiska Delegatów III Okręgowego Zjazdu VI Kadencji OIPiP stały się podmiotem moich interpelacji:

- w sprawie określenia minimalnej płacy dla pielęgniarek i położnych,
- w sprawie nowelizacji rozporządzenia dotyczącego ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych,
- w sprawie nałożenia obowiązku przeprowadzenia kursów na stanowiska kierownicze oraz obowiązku przestrzegania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych na wszystkie podmioty lecznicze udzielające świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych,
- w sprawie zmiany rozporządzenia dotyczącego warunków, sposobu i trybu zaopatrywania pacjentów szpitala w znaki identyfikacyjne oraz sposobu postępowania w razie stwierdzenia ich braku.

Sprawami podnoszonymi przez Państwa zainteresowałam również Pana Posła Marka Polaka oraz Pana Posła Stanisława Szweda, którzy, podpisując się pod złożonymi interpelacjami, wyrazili poparcie dla składanych przez Państwa postulatów.

Będę wdzięczna za poinformowanie środowiska pielęgniarek i położnych o podjętej przeze mnie interwencji. W załączeniu przesyłam zdjęcie wraz ze zgodą na jego wykorzystanie do materiałów informacyjnych.

Niezmiennie zapewniam o uznaniu i szacunku, jakim obdarzam zawody pielęgniarki i położnej, wykonywane przez Państwa.

Łączę życzenia siły i wytrwałości w pokonywaniu trudów dnia codziennego. ■

Z wyrazami sympatii i szacunku
Jadwiga Wiśniewska

Informacje



Prywatny Dom Seniora "Jaworowa" w Bielsku Białej woj. Śląskie zatrudni pielęgniarki z zakwaterowaniem.

Mile widziane doświadczenie w pracy z osobami w podeszłym wieku lub na oddziałach ;
geriatrycznym
neurologicznym
intensywnej terapii
internistycznym
ortopedycznym
W naszym Domu panuje miła rodzinna atmosfera , gdzie dobro pensjonariuszy jest dla nas najwyższą wartością.
Cel ten realizujemy przede wszystkim poprzez zapewnienie profesjonalnej opieki pielęgniarskiej.



W związku z powyższym zwracamy do Pań i Panów zainteresowanych pracą w naszym Domu Seniora do złożenia CV na adres pracadomseniora@wp.pl lub biuro@jaworowa.eu lub pod nr tel:
606 289 974, 660 511 863, 602 360 400 ■

Z Wyrazami Szacunku
Zarząd Domu Seniora Jaworowa

XIII OGÓLNOPOLSKI ZJAZD SZKÓŁ RODZENIA

16-20 października 2013 w Solinie

tegoroczny temat:

**„Pozycja szkół rodzenia i jej wpływ na zdrowie
współczesnego społeczeństwa”**

Kochane Panie, jesienne klimaty pięknych bieszczadzkich zakątków mają pomóc nam w nauce, odpoczynku i radości dorosłego spotkania.

Tworzą one niepowtarzalną atmosferę kipiącego energią środowiska.

Staram się jak zawsze zapewnić Wam wartościowe tematy, przydatne w pracy edukacyjnej.

Po nauce czas relaksu zorganizowany tak aby wszyscy mogli odreagować codzienne trudy i po prostu dobrze się wspólnie bawić.

Jak zwykle w ofercie są dwa pobyty: podstawowy i poszerzony. Przyznaję, że długo, długo walczyłam o utrzymanie niskiej ceny tego wydarzenia i udało się!

Pakiet podstawowy to 3 noclegi z posiłkami oraz uczestnictwo w wykładach i wybranym warsztacie za jedyne 600zł ale tylko przy zgłoszeniu i wpłacie zaliczki do końca czerwca.

Potem jest drożej.

Już teraz szukajcie źródeł finansowania, może już odkładajcie-będzie łatwiej.

Pakiet poszerzony (droższy o 315 lub 224 zł) to dłuższy o jeden dzień pobyt i wybrana wycieczka do Lwowa (trzeba mieć ważny paszport) lub po okolicy Soliny wraz z rejsem po zalewie Solińskim.

Szanowne Panie, zapoznajcie się z harmonogramem-jest na naszej stronie www.pce.com.pl w zakładce Zjazdu Ogólnopolskie.

A poniżej tematy, które będziemy poruszali na zjeździe:

- Wspomnienie o prof Włodzimierz Fijałkowskim, ojcu szkół rodzenia w Polsce.
- Wierzenia i prawdy w położnictwie
- Dylematy etyczne w pracy położnej
- Zasady odpierania przez położną zarzutów w postępowaniu dyscyplinarnym i karnym
- Masaż noworodka - kiedy pomaga a kiedy może zaszkodzić
- Co rodzice powinni wiedzieć o zdrowiu dziecka
- Czego boją się kobiety po porodzie
- Czy można stosować naturalne metody planowania rodziny po porodzie
- Narodziny kontra poród-znaczenie kontaktu matki z dzieckiem w pierwszych godzinach po narodzeniu dla rozwoju osobowości dziecka
- Czy warto namawiać mężów do wspólnego porodu-ko to tego potrzebuje
- oraz warsztaty z komunikacji.

Pozdrawiam bardzo bardzo serdecznie i zapraszam. ■

Anna Osińska

Polskie Centrum Edukacji
00-836 Warszawa
Żelazna 41 lok 6
(22) 890 20

Oferta kursów i szkoleń organizowanych przez Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

SZKOLENIA SPECJALIZACYJNE - Specjalizacje

1. Pielęgniarstwo chirurgiczne
2. Pielęgniarstwo operacyjne
3. Pielęgniarstwo geriatryczne
4. Pielęgniarstwo zachowawcze
5. Pielęgniarstwo neonatologiczne
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo ginekologiczne
8. Pielęgniarstwo położnicze
9. Pielęgniarstwo kardiologiczne
10. Pielęgniarstwo nefrologiczne
11. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
12. Pielęgniarstwo pediatriczne

BiRaKo®
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:
tel. 34 365 16 86
DOSTAWA GRATIS

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

**DRUKI MEDYCZNE
ARTYKUŁY BIUROWE
KUPONY REKUS**



KURSY KWALIFIKACYJNE

1. Pielęgniarstwo zachowawcze
2. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej
3. Pielęgniarstwo chirurgiczne
4. Pielęgniarstwo rodzinne dla położnych
5. Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarzek
6. Pielęgniarstwo psychiatryczne
7. Pielęgniarstwo pediatriczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
10. Pielęgniarstwo ratunkowe

KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 02/07
3. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa noworodka Nr 01/07
4. Leczenie ran Nr 11/07 – kurs dla pielęgniarzek
5. Leczenie ran Nr 12/07 – dla położnych
6. Szczepienia ochronne Nr 03/08
7. Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08
8. Podstawy dializoterapii Nr 08/07
9. Podstawy opieki paliatywnej Nr 05/07
10. Edukator w cukrzycy Nr 02/11
11. Terapia bólu przewlekłego u dorosłych Nr 06/07
12. Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych
13. Prowadzenie porodu w wodzie
14. Pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10

SKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu – zapis kardiokardografii
4. Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego

SKOLENIA JEDNODNIOWE

1. Postępowanie w stanach zagrożenia życia
2. Leczenie ran przewlekłych przy zastosowaniu specjalistycznych opatrunków
3. Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarzkę

**Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie
Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie prowadzi
stały nabór
na [www. kursy i szkolenia](http://www.kursy i szkolenia).
Zainteresowanych prosimy o składanie wniosków. ■**

Kącik edukacyjny!

Szanowne Koleżanki i Koledzy !
Kontynuujemy publikację kącika sprawdzającego naszą wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa. W każdym numerze Biuletynu Informacyjnego będziemy zamieszczać 10 pytań z różnych dziedzin pielęgniarstwa. Uwaga! Jedna odpowiedź jest poprawna.

Życzymy powodzenia w rozwiązywaniu zadań i udzielaniu odpowiedzi.

Zadanie 1.

Do zadań zespołu kontroli zakażeń szpitalnych NIE należy :

- A. opracowywanie i aktualizacja systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych ,
- B. opracowywanie planów i kierunków systemu zapobiegania i zwalczania zakażeń szpitalnych ,
- C. szkolenie personelu w zakresie kontroli zakażeń szpitalnych ,
- D. konsultowanie osób podejrzanych o zakażenie lub chorobę zakaźną oraz tych, u których rozpoznano zakażenie lub chorobę zakaźną .

Zadanie 2.

Najkorzystniejszym okresem do wymiany worków urostomijnych są godziny :

- A. popołudniowe, po spożyciu posiłku i krótkim odpoczynku,
- B. wieczorne, przed udaniem się na spoczynek ,
- C. poranne, przed przyjęciem płynów, kiedy przetoka jest mniej aktywna ,
- D. poranne, po spożyciu posiłku i krótkim spacerze.

Zadanie 3.

Na skutek ucisku spowodowanego gipsem może dojść do :

- A. zaburzeń ukrwienia kończyny, obrzęku, porażenia nerwu ,
- B. niedokrwienia kończyny, zaniku kości, odwapnienia kości,
- C. zaników mięśniowych, odwapnienia kości, odleżyn ,
- D. zakrzepicy żył głębokich, zwłóknienia torebek stawowych, obrzęku.

Zadanie 4.

Oceniając stan zdrowia chorego z pourazową odmą opłucnej w przypadku utrzymywania się obfitego przecieku powietrza i nie rozprężania się płuca pielęgniarka powinna wiedzieć, że taki stan może wskazywać na :

- A. rozległe stłuczenie płuca ,
- B. uszkodzenie dużego oskrzela lub rozerwanie płuca na znacznej przestrzeni,
- C. stan wypływający ze zbyt intensywnego odsysania,
- D. zapalenie płuc z zespołem ostrej niewydolności oddechowej.

Zadanie 5.

Doraźna pomoc w odmrożeniu, to :

- A. szybkie rozcieranie miejsc odmrożonych śniegiem, masowanie ,
- B. bardzo wolne ogrzewanie miejsca odmrożonego (od temperatury 20 ° do 45 °), które stosujemy jak najdłużej, żeby utrzymać ciepło ,
- C. natychmiastowe ogrzanie miejsca odmrożonego (od temperatury 25 ° do 40 °) wilgotnymi środkami rozgrzewającymi (kąpiel, okłady), które stosujemy tylko do uzyskania ogrzania tkanek, ponieważ zbyt długie ogrzewanie jest szkodliwe ,
- D. rozcieranie miejsc odmrożonych śniegiem, podawanie ciepłych napojów, w tej sytuacji wskazane również podanie alkoholu.

Zadanie 6.

Wirus HIV ulega inaktywacji w temperaturze :

- A. 56 ° C,
- B. 76 ° C,
- C. 80 ° C,
- D. 120 ° C.



Zadanie 7.

Triada Virchowa zakłada, że zakrzepica żylna powstaje, gdy :

- są stosowane leki anestetyczne, uszkodzony jest śródbłonek naczyń, pacjent jest w podeszłym wieku ,
- wykonano zbyt rozległy zabieg operacyjny, pacjent utracił dużą ilość krwi, występuje bezmocz,
- występują nieprawidłowości krzepnięcia krwi, spowolnienie przepływu krwi, uszkodzenie ściany naczynia ,
- wszystkie wymienione .

Zadanie 8.

Do objawów przełomu tarczycowego należą :

- wysoka temperatura, tachykardia, wzrost ciśnienia, niepokój, pobudzenie, leukocytoza, wzrost poziomu sodu, wapnia i hipoglikemia ,
- wysoka temperatura, tachykardia, wzrost ciśnienia, niepokój, pobudzenie, spadek poziomu wapnia, sodu, hipoglikemia,
- bradykardia, apatia, spadek ciśnienia, hipernatemia, hiperkalcemia, hipoglikemia ,
- niepokój, bradykardia, wymioty, biegunka, hipernatemia, hiperkalcemia, hipoglikemia.

Zadanie 9.

Podejrzenie raka piersi mogą nasuwać zmiany skórne takie jak :

- miejscowe zaczerwienienie skóry piersi i gorączka,
- wciągnięcie skóry ,
- objaw „skórki pomarańczy” ,
- prawidłowe odpowiedzi B i C.

Zadanie 10.

Przed nałożeniem opatrunku hydrokoloidowego, na ranę należy go :

- zamoczyć w ciepłej wodzie ,
- ogrzać w dłoniach ,
- przyciąć do wielkości rany ,
- ddezynfekować.

*„Bliscy naszemu sercu, ”
zawsze pozostaną głęboko w naszej pamięci...”*

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy

Pielęgniarce Barbarze Siola
z powodu śmierci **Mamy**

składają
Pielęgniarki NZOZ
Przychodni Lekarskiej Kopernika 45



Wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci

Mamy
Pani Jolanty Czarneckiej

składają
Pielęgniarki NZOZ
Przychodni Lekarskiej Kopernika 45



Naszej Koleżance **Beacie Lompa**
wyrazy głębokiego współczucia z powodu

śmierci Ojca

składają
Pielęgniarki NZOZ
Przychodni Lekarskiej Kopernika 45

GODZINY PRACY BIURA OIPI

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 ³⁰ -15 ⁰⁰	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 ³⁰ -15 ⁰⁰ , czw-pt 7 ³⁰ -16 ³⁰	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 ⁰⁰ -15 ⁰⁰	p. 405
Skarbnik	Środa 11 ⁰⁰ -17 ⁰⁰ , Piątek 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 405
Okręgowy Rzecznik	I i III środa miesiąca 15 ⁰⁰ -17 ⁰⁰	p. 404
Odpowiedzialności		
Zawodowej		
Księgowość	pn-pt 7 ⁰⁰ -13 ⁰⁰	p. 406
Radca Prawny	pn 8 ³⁰ -9 ³⁰ i śr 14 ⁰⁰ -16 ⁰⁰	p. 404

Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.

OIPI w każdą środę pełni dyżury do godz. 17⁰⁰

Egzamin końcowy kursu specjalistycznego

„Szczepienia ochronne Nr 03/08”.

Ośrodek Szkoleniowy przy
Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
dnia 29 kwietnia 2013 roku.



Egzamin końcowy kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek”.

Ośrodek Szkoleniowy przy
Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
dnia 30 kwietnia 2013 roku.

