

MIESIĘCZNIK **BIULETYN**  
**INFORMACYJNY**



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

**Szczęśliwego Nowego Roku**



**Grudzień 2013r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25





## Drogie Koleżanki i Koledzy!

Stary Rok odchodzi i w jego miejsce pojawia się Nowy Rok. To wydarzenie świętuje praktycznie cały świat. Odbywają się liczne koncerty, pokazy, zabawy - ludzie spędzają ten czas w gronie bliskich, znajomych albo i nawet w gronie obcych osób. Chodzi o dobrą zabawę i wspólne witanie Nowego Roku. Również o północy strzelają korki szampana, petardy, fajerwerki i wszyscy składają sobie życzenia noworoczne, które

mają się spełnić w nowoprzybyłym roku.

W oczekiwaniu na zbliżający się Nowy Rok żegnamy minione miesiące wypełnione ciepłem dobrych uczuć, radością bycia razem i pełni nadziei spoglądamy w przyszłość, pozostając z szczęśliwymi wspomnieniami, które pozostaną na długi czas...

Życzę Państwu, aby w ten zbliżający się Nowy Rok 2014 przepełniała Was ta sama radość, ta sama miłość, ta sama atmosfera ciepła rodzinnego, która gościła w Państwa sercach przez ubiegłe lata.

Niech Nowy Rok pozbawiony będzie przykrości, a składa się z nowych planów, postanowień oraz sukcesów i samych radości.

życzy

Halina Synakiewicz

Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

## Egzamin końcowy kursu specjalistycznego Leczenie ran Nr 11/07 dla pielęgniarek

Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie  
Częstochowa dnia 27 listopada 2013 roku.



## W NUMERZE:

Życzenia  
Prezydium  
Kalendarium  
Naczelna Izba  
Konsultant krajowy  
Uznanie kwalifikacji  
Porady prawne  
Prace autorskie  
Informacje  
Kondolencje

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

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

#### Adres Redakcji (siedziba Izby):

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

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

#### Ośrodek szkoleniowy:

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

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



## Wyciąg z protokołu z posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 27 listopada 2013 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- Wykreślono z Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie cztery pielęgniarki.
- Wpisano do Okręgowego Rejestru Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla jednej pielęgniarki i jednej położnej.
- Anulowano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu pielęgniarki na czas nieokreślony dla dwóch pielęgniarek.
- Podjęto dwie decyzje w sprawie zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu przez dwie pielęgniarki.
- Przyznano dofinansowanie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych: za studia magisterskie: kierunek pielęgniarstwo dla 7 pielęgniarek kwotę 4,900.00 zł, studia magisterskie: kierunek położnictwo dla jednej położnej kwotę 700 złotych, za szkolenia specjalizacyjne: „Pielęgniarstwo kardiologiczne” dla 5 pielęgniarek kwotę 2800 złotych, „Pielęgniarstwo opieki paliatywnej” dla jednej pielęgniarki kwotę 700 złotych.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla trzech pielęgniarek w kwocie 9.400.00 zł.
- Podjęto jedną decyzję w sprawie odmowy udzielenia pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych- wniosek niezgodny z regulaminem.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek pod numerem 11/2013. Organizator kształcenia: Agencja Usług Oświatowych „Omnibus” . kurs specjalistyczny „Kompleksowa pielęgniarstwa opieka nad pacjentami z najczęstszymi schorzeniami wieku podeszłego”.

## Kalendarium



### Listopad-grudzień 2013 rok

- 27.11.2013r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Rozpatrzone pozytywnie cztery wnioski na łączną kwotę 9.400 zł.
- 27.11.2013r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Rozpatrzone pozytywnie trzynaście wniosków na łączną kwotę 9.100 zł.
- 28.11.2013r.** W Starostwie Powiatowym w Częstochowie odbyło się spotkanie przedstawicieli Zarządu Powiatu Częstochowskiego, pracowników szpitala w Blachowni, Przewo-

dniczącej ORPiP oraz przedstawicieli Radia Katowice. Podczas spotkania przeprowadzono wywiad „na żywo” dotyczący trudnej sytuacji pracowników szpitala i pacjentów z tego rejonu.

**2-4.12.2013r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu NRPIP oraz w posiedzeniu Komisji Kształcenia przy NRPIP w Warszawie.

**5.12.2013r.** W Starostwie Powiatowym odbyła Sesja Rady Powiatu, która w większości poświęcona była sytuacji Szpitala w Blachowni. W sesji udział wzięła Przewodnicząca ORPiP.

**6.12.2013r.** W siedzibie OIPIP odbyło się szkolenie nt. „Diagnozowanie, prowadzenie i profilaktyka pacjentów ze skłonnościami samobójczymi”.

**6.12.2013r.** W Wydziale Zdrowia Urzędu Miasta Częstochowy odbyło się spotkanie w sprawie udzielenia opinii na temat możliwości utworzenia studiów drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo w Akademii Polonijnej w Częstochowie. Przewodnicząca ORPiP wydała pozytywną opinię w powyższej sprawie.

**9.12.2013r.** Na zaproszenie Pełnomocnika Rejonu Wyborczego Nr 15 Pani Ewy Piekielek Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu delegatów tego rejonu.

**10.12.2013r.** W Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Myszkowie odbyły się konkursy na stanowiska Pielęgniarki Oddziałowej Izby Przyjęć oraz Pielęgniarki Oddziałowej Bloku Operacyjnego Szpitala Powiatowego w Myszkowie. Przedstawiciele ORPiP brali udział w posiedzeniach komisji konkursowych na ww. oddziałach. Nowo wybranym Oddziałowym serdecznie gratulujemy.

**11.12.2013r.** W Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Myszkowie odbyły się konkursy na stanowiska Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych I oraz Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Chorób Wewnętrznych II Szpitala Powiatowego w Myszkowie. Przedstawiciele ORPiP brali udział w posiedzeniach komisji konkursowych na ww. oddziałach. Nowo wybranym Oddziałowym serdecznie gratulujemy.

**12.12.2013r.** Odbyło się czwarte posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**13.12.2013r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w XVI Sprawozdawczo-Wyborczym Okręgowym Zjeździe Lekarzy Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie.

**14.12.2013r.** W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie szkoleniowe kierowniczej kadry pielęgniarskiej w sprawie obliczania minimalnych norm zarumienia. Szkolenie prowadziła Pani Zofia Małas członek Zespołu przy MZ opracowującego projekt rozporządzenia ww. sprawie.

**14.12.2013r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w konferencji naukowej z okazji jubileuszu 20-lecia powstania Oddziału Pulmonologicznego WSzS w Częstochowie. Konf. odbyła się w Filharmonii Częstochowskiej.

**16.12.2013r.** W ZOZ Kłobuck odbył się egzamin końcowy kursu specjalistycznego „Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07” zorganizowanego przez Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**18.12.2013r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**30.12.2013r.** W siedzibie OIPIP odbył się egzamin końcowy przeszkolenia z powodu niewykonywania zawodu pielęgniarki przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat.





## NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych  
02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, Tel. (22) 327 61 61,  
Fax. (22) 327 61 60  
Warszawa, 26 listopada 2013 r.

Szanowni Państwo,

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych rekomenduje projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka pt: [www.edukacjapacjenta.pl](http://www.edukacjapacjenta.pl), który adresowany jest do pielęgniarek i położnych chcących poszerzać swoją wiedzę w następujących obszarach terapeutycznych: pediatria, neonatologia, diabetologia, ginekologia, dermatologia.

Innowacyjność projektu polega na wykorzystaniu serwisu internetowego, jako „wirtualnego magazynu” materiałów edukacyjnych. Zainteresowane pielęgniarki i położne za pośrednictwem portalu mogą zapoznać się z dostępnymi na rynku materiałami edukacyjnymi, pomocami szkoleniowymi, wyrobami medycznymi czy próbkami produktów, porównać ich przydatność, a następnie zamawiać je całkowicie bezpłatnie (dostawa również jest bezpłatna). Dzięki temu niezależnie od miejsca zamieszkania czy możliwości uczestniczenia w szkoleniach ma stały dostęp do wiedzy.

Portal zachęca do opiniowania, porównywania między sobą dostępnych na rynku materiałów edukacyjnych i pomocy szkoleniowych, a wnioski i sugestie przekazywane są autorom materiałów w celu poprawy ich jakości. Najbardziej aktywni użytkownicy portalu otrzymują, co miesiąc nagrody. Traktowanie konsultantów (pielęgniarki i położne), jako profesjonalistów i partnerów relacji (a nie tylko biernych użytkowników produktów) jest istotną sprawą dla naszego środowiska zawodowego.

Dodatkowe atuty portalu to:

- Doradca Medyczny, który posiada wiedzę z różnych zakresów medycyny spełnia funkcję 24 h wsparcia pielęgniarki, położnej w edukacji, aktywnie zachęca użytkowników do zapoznania się z nowościami ze świata medycyny, oferując w prosty i szybki sposób dostęp do niej oraz utrwała wiedzę zdobytą na szkoleniach i konferencjach
- Platforma e-learning - umożliwiającą korzystanie z oferty szkoleniowej z certyfikacją.

Rejestracja i logowanie do portalu jest bardzo proste:

1. Wystarczy wejść na stronę: [www.edukacjapacjenta.pl](http://www.edukacjapacjenta.pl)
2. Kliknąć napis: „jeśli nie posiadasz loginu i hasła zarejestruj się”
3. Wypełnić formularz rejestracyjny
4. Otrzymasz mail lub SMS z loginem i hasłem
5. Zalogować się i korzystać z serwisu bez ograniczeń i BEZPŁATNIE

Zachęcam Państwa do odwiedzenia portalu

[www.edukacjapacjenta.pl](http://www.edukacjapacjenta.pl)

oraz aktywnego korzystania z jego zasobów. ■

Z poważaniem  
Prezes  
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

## Stanowisko Nr 15

### Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2013r.

**dotyczące projektu zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych zgłasza stanowczy sprzeciw wobec proponowanych w projekcie zmian, które doprowadzą do całkowitej likwidacji świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, co jednocześnie będzie skutkowało pozostawieniem bez opieki tysiące potrzebujących pacjentów i ich rodzin.

**NRPiP domaga się natychmiastowego podjęcia działań w sprawie zmiany zapisów w/w projekcie, w części dotyczącej świadczeń w pielęgniarstwie i opiece długoterminowej domowej oraz zasad jej finansowania.**

Wejście w życie Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w proponowanej formie będzie przyczyną marginalizacji pielęgniarstwa i opiece długoterminowej domowej na rynku usług zdrowotnych lub całkowitego jej upadku. Proponowany projekt Zarządzenia, w części dotyczącej zasad sprawozdawania, rozliczania i finansowania w pielęgniarstwie i opiece długoterminowej domowej należy odrzucić i uznać jako skandaliczne pogwałcenie praw pacjenta! Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym przypadku narzuca w trakcie już istniejącej opieki nad pacjentem zmianę zasad rozliczania osobodnia na stawkę rażąco niską stosuje w ten sposób monopolistyczną praktykę wobec pacjentów i świadczeniodawców! Jest to czyn społecznie nieakceptowany narusza zasady współżycia społecznego i zasady równego traktowania obywateli wynikające z Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych wzywa do natychmiastowego podjęcia działań eliminujących niekorzystne zapisy, które zagrażają właściwej opiece nad pacjentami oraz pielęgniarkom realizującym świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie pielęgniarstwa i opiece długoterminowej domowej. ■

Sekretarz NRPiP  
Prezes NRPiP

Joanna Walewander  
Grażyna Rogala-Pawelczyk

## Stanowisko Nr 16

### Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 4 grudnia 2013 roku

**dotyczące treści Zarządzenia Nr 69/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna skierowane do: Premiera RP, Ministra Zdrowia, Parlamentarzystów, Prezesa NFZ, Przewodniczącej Rady Społecznej NFZ**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stanowczo sprzeciwia się stosowanym przez Narodowy Fundusz Zdrowia praktykom,





w których Prezes NFZ dopuszcza się zmian w treści Zarządzenia niezgodnych z wcześniej przekazanym do konsultacji społecznym projektem.

Treść projektu została zmieniona z dnia na dzień bez uzgodnienia z przedstawicielami samorządu pielęgniarek i położnych z ogromną stratą dla środowiska.

Naczelna Rada od wielu lat wnioskuje do Prezesa NFZ o wzrost środków na realizację zadań w zakresie pielęgniarstwa POZ.

W związku z faktem, że treść przyjętego Zarządzenia w istotny sposób różni się od treści projektu i uzgodnień w trakcie spotkania z Panią Prezes NFZ w miesiącu sierpniu 2013 roku wnosimy o wprowadzenie do treści Zarządzenia procedur dodatkowo finansowanych zgodnie z wcześniejszymi ustaleniami. ■

Sekretarz NRPiP  
Prezes NRPiP

Joanna Walewander  
Grażyna Rogala-Pawelczyk

## Informacja na temat używania tytułu mgr na pieczęcie

### Treść pytania nadesłanego do NIPiP:

PRACUJĘ W SZKOLE JAKO PIELĘGNIARKA ŚRODOWISKA NAUCZANIA I WYCHOWANIA. KILKA LAT TEMU UZYSKAŁAM TYTUŁ MGR PEDAGOGIKI, SPECJALNOŚĆ EDUKACJA ZDROWOTNA I PROFILAKTYKA UZALEŻNIEŃ. CZY MAM PRAWO UŻYWAĆ TYTUŁU MGR NA PIECZĄTCE.

### Odpowiedź NIPiP:

W odpowiedzi na zapytanie dotyczące możliwości używania tytułu magistra pielęgniarstwa w przypadku ukończenia studiów magisterskich na kierunku pedagogicznym, uprzejmie wyjaśniam.

Zgodnie z normami art. 8 ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 Nr 174, poz. 1039 z późn. zm.) osobie posiadającej prawo wykonywania zawodu przysługuje prawo posługiwania się tytułem zawodowym „pielęgniarka” albo „pielęgniarski”, „położna” albo „położny”.

Pielęgniarka uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej. Szkołą pielęgniarską jest szkoła wyższa prowadząca kształcenie na kierunku pielęgniarstwo na poziomie: studiów pierwszego stopnia i studiów drugiego stopnia (art. 52 ww. ustawy). Położna uzyskuje kwalifikacje zawodowe po ukończeniu szkoły położnych. Szkołą położnych jest szkoła wyższa prowadząca kształcenie na kierunku położnictwo na poziomie: studiów pierwszego stopnia i studiów drugiego stopnia (art. 53).

Ponadto w myśl § 2 rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 1 września 2011 r. w sprawie tytułów zawodowych nadawanych absolwentom studiów, warunków wydawania oraz niezbędnych elementów dyplomów ukończenia studiów i świadectw ukończenia studiów podyplomowych oraz wzoru suplementu do dyplomu (Dz. U. z 2011, Nr 196, poz. 1167) absolwentom studiów pierwszego stopnia nadaje się tytuł zawodowy licencjat pielęgniarstwa – po uzyskaniu efektów kształcenia określonych dla kwalifikacji pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo. Natomiast absolwentom studiów drugiego stopnia nadaje się tytuł zawodowy magister pielęgniarstwa – po uzyskaniu efektów kształcenia określonych dla kwalifikacji drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo (§ 3 ww. rozporządzenia).

Należy również podkreślić, iż zgodnie z § 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2010, Nr 252, poz. 1697 z późn. zm.) dokumentacja indywidualna, jeżeli przepisy rozporządzenia nie stanowią inaczej, zawiera oznaczenie osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych oraz kierującej na badanie, konsultację lub leczenie: nazwisko i imię, tytuł zawodowy, uzyskane specjalizacje, numer prawa wykonywania zawodu – w przypadku lekarza, pielęgniarki i położnej, podpis.

Przedmiotowa kwestia była również tematem dyskusji Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, która uregulowała ją w sposób jednoznaczny uchwałą nr 113/VI/2013 z dnia 16 września 2013 r. w sprawie treści pieczętki pielęgniarki lub położnej. Zgodnie z § 1 ww. uchwały pieczętki pielęgniarki lub położnej zawiera następujące dane:

- 1) imię i nazwisko,
- 2) tytuł zawodowy:
  - a) magister pielęgniarstwa lub magister położnictwa,
  - b) licencjat pielęgniarstwa lub licencjat położnictwa,
  - c) pielęgniarka dyplomowana lub położna dyplomowana,
  - d) pielęgniarka lub położna,
- 3) uzyskane specjalizacje,
- 4) numer prawa wykonywania zawodu

Posługiwanie się tytułem magistra dotyczącym tytułu zawodowego magistra innego niż pielęgniarstwo kierunku studiów mogłoby wprowadzać w błąd pacjentów, gdyż sugerowałoby, iż osoba taka jest magistrem pielęgniarstwa.

Na pieczęcie pielęgniarskiej powinny się więc znaleźć informacje określone w ww. uchwale. Natomiast tytuł magistra na kierunku pedagogika może być uznany w świetle rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2002 r., Nr 173, poz. 1419 z późn. zm.) za posiadanie wykształcenia wyższego w dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, uprawniającego do podjęcia kształcenia w celu uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej lub zdrowia publicznego. ■

Z wyrazami szacunku  
Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych  
dr n. med. Grażyna Rogala-Pawelczyk

Konsultant krajowy



## Zalecenie Konsultanta Krajowego w dz. pielęgniarstwa w sprawie realizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami.

W związku z wejściem od 1 stycznia 2013 roku nowego rozporządzenia o sposobach ustalenia minimalnych norm zatrudnienia

dnienia przywołanego powyżej oraz zgodnie z art. 50 ust.1 ustawy o działalności leczniczej normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych ustala kierownik podmiotu leczniczego po zasięgnięciu opinii:

1. Przedstawicieli kierujących jednostkami i komórkami organizacyjnymi określonymi w regulaminie organizacyjnym.
2. Przedstawicieli organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz związków zawodowych pielęgniarek i położnych na terenie działania podmiotu.

Korzystając z tego ustawowego uprawnienia zaleca się powołanie w każdym podmiocie leczniczym zespołu pielęgniarek i położnych (najlepiej wspólnie z przedstawicielami samorządu i związków zawodowych), który dokona oceny ustalonych przez kierownika norm zatrudnienia. Ocena powinna obejmować obsady pielęgniarek i położnych na dyżurach dziennych i nocnych w wybranych oddziałach.

Podstawą do liczenia norm zatrudnienia stanowią kryteria oraz poszczególne kategorie opieki właściwe dla wybranych rodzajów działalności zamieszczone w załącznikach do rozporządzenia. Tzw. „kategoryzacja pacjentów” zamieszczona w tabelach umożliwia ocenę pacjentów w zakresie wskazanych kryteriów obejmujących między innymi: aktywność fizyczną, higienę, odżywianie, wydalanie. Tabele te ułatwiają zakwalifikowanie pacjenta do odpowiedniej kategorii opieki w poszczególnych oddziałach szpitala. W przywołanym akcie prawnym brak jednak określenia czasu właściwego dla wykonania świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich w stosunku do pacjentów zakwalifikowanych odpowiednio do I, II lub III kategorii opieki. Mając świadomość ograniczeń wynikających z obowiązującego rozporządzenia oraz uwzględniając aktualny stan wiedzy w zakresie planowania obsad pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych dotyczących uśrednienia czasów jakie należy przeznaczyć na wykonanie świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich należy przy obliczeniach minimalnej normy zatrudnienia skorzystać z zaproponowanych czasów:

**1. Dla oddziałów o profilu zachowawczym i zabiegowym** lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne należy zaopiniować pozytywnie zabezpieczenie opieki pielęgniarskiej, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynoszących odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 1 obowiązującego rozporządzenia):

- a) w przypadku I kategorii - 38 minut na dobę na pacjenta,
- b) w przypadku II kategorii - 95 minut na dobę na pacjenta,
- c) w przypadku III kategorii - 159 minut na dobę na pacjenta,

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %.

**2. Na oddziałach o profilu psychiatrycznym,** lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne **należy opiniować pozytywnie** zabezpieczenie opieki pielęgniarskiej, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 2 obowiązującego rozporządzenia):

- a) w przypadku I kategorii - 40 minut na dobę na pacjenta,
- b) w przypadku II kategorii - 100 minut na dobę na pacjenta,
- c) w przypadku III kategorii - 160 minut na dobę na pacjenta,

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %.

**3. Dla zespołu porodowego** lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne świadczenia zdrowotne w stosunku do rodzących siłami natury, należy zaopiniować pozytywnie zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 3 obowiązującego rozporządzenia):

- a) w przypadku I kategorii - 137 minut na dobę na rodzącą siłami natury,
- b) w przypadku II kategorii - 274 minut na dobę na rodzącą siłami natury,
- c) w przypadku III kategorii - 328 minut na dobę na rodzącą siłami natury.

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %.

**4. Dla zespołu porodowego** lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu ciąży powikłanej lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w stosunku do pacjentek zakwalifikowanych do cięcia cesarskiego, należy zaopiniować pozytywnie zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 4 obowiązującego rozporządzenia):

- a) w przypadku II kategorii- 53 minuty na dobę na rodzącą,
- d) w przypadku III kategorii- 120 minut na dobę na rodzącą. .

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniując od 5-10 %.

**5. Dla oddziału o profilu położniczo- ginekologicznego w systemie „matka z dzieckiem”** lub innej komórki organizacyjnej o tym profilu, należy zaopiniować pozytywnie zabezpieczenie opieki położnych, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń bezpośrednich wykonywanych przez położne wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 5 obowiązującego rozporządzenia):

- e) w przypadku I kategorii - 72 minuty na dobę na położnicę i noworodka,
- f) w przypadku II kategorii - 100 minut na dobę na położnicę i noworodka,
- g) w przypadku III kategorii - 98 minut na dobę na położnicę i noworodka.

Przy ocenie ustalonych przez kierownika jednostki normach zatrudnienia pielęgniarek i położnych należy również wziąć pod uwagę opinię pielęgniarki epidemiologicznej zatrudnionej w danym zakładzie.

W przypadku wydania opinii negatywnej należy ją merytorycznie uzasadnić odnosząc do obowiązujących przepisów prawnych, zapewnienia pacjentom bezpiecznej opieki w danym oddziale szpitalnym i przesłać do organu założycielskiego i Ministerstwa Zdrowia. ■

Kraków; 14.03.2013r.

Konsultant Krajowy  
w dz. pielęgniarstwa  
Dr hab. Maria Kózka



## KRAJOWY KONSULTANT 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 Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego z dnia 4. X. 2013 r. w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w oddziałach o profilu pediatricznym.

W związku z Zaleceniem Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa w sprawie realizacji przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, przedkładam opinię dotyczącą sposobu ustalania minimalnej obsady w oddziałach o profilu pediatricznym. Opinia ta jest oparta na wieloletnim doświadczeniu, wynikającym z wyliczania i porównywania czasu opieki w szpitalach pediatricznych oraz w oparciu o aktualny stan wiedzy w zakresie planowania obsad w oddziałach o profilach pediatricznych. Załącznik nr 6 do Rozporządzenia MZ z dnia 28 grudnia 2012 roku w sprawie sposobu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami, określa kryteria dla kategorii opieki dla pacjentów w oddziałach o profilu pediatricznym.

**Na oddziałach o profilu pediatricznym**, lub innej komórce organizacyjnej o tym profilu, w którym wykonywane są stacjonarne całodobowe świadczenia zdrowotne **należy opiniować pozytywnie** czas opieki pielęgniarskiej, jeśli został przyjęty średni czas świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich wynoszący odpowiednio do kategorii opieki (wymienionych w załączniku nr 6 obowiązującego rozporządzenia):

- a) w przypadku I kategorii - 100 minut na dobę na pacjenta,
- b) w przypadku II kategorii - 180 minut na dobę na pacjenta,
- c) w przypadku III kategorii - 300 minut na dobę na pacjenta,

Dopuszcza się zmniejszenie lub zwiększenie wskazanych czasów, w uzasadnionych przypadkach, które oceni zespół opiniujący od 5-10 %. W wyliczeniach należy uwzględnić opiekunki dziecięce, które realizują świadczenia opiekuńcze w oddziałach wg przyjętych w szpitalach kompetencji zawartych w opisach stanowisk i zakresach czynności. Zwracam szczególną uwagę na opisy poszczególnych kryteriów opieki dla poszczególnych kategorii.

Na podstawie wieloletnich doświadczeń powyższe wyliczenia powinny przełożyć się na minimalne średnie wskaźniki zatrudnienia, które mogą być wykorzystane do celów planistycznych.

#### Oddziały neonatologiczne

I poziom referencyjny – 0,5 etatu przeliczeniowego na 1 łóżko  
II poziom referencyjny - 2,2 /łóżko intensywnej terapii + 0,8 na pozostałe łóżka

III poziom referencyjny 2,2/łóżko intensywnej terapii + 1,1 na pozostałe łóżka

#### Oddziały pediatriczne i o profilu pediatricznym:

I poziom podstawowy - 0,5 etatu przeliczeniowego /łóżko

Oddziały pediatriczne specjalistyczne zachowawcze - 0,65

etatu przeliczeniowego/łóżko

Oddziały hematol-onkolog. dla dzieci (bez przeszczepów) -0,8

etatu przeliczeniowego/łóżko

Oddziały zabiegowe dla dzieci - 0,8 etatu przeliczeniowego/łóżko

dr n .med. Krystyna Piskorz-Ogórek  
Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa  
Pediatricznego

## Uznanie kwalifikacji



Bruksela, 9 października 2013 r.

### Koniec 10-Letniego sporu o polskie Pielęgniarki i Położne



Szanowni Państwo!

Drogie Panie!

**Kwalifikacje zawodowe wszystkich polskich pielęgniarek i położnych od dzisiaj uznawane są w całej Unii Europejskiej na takich samych zasadach jak wszystkich innych pielęgniarek i położnych w UE!**

Po latach niełatwych negocjacji, wszystkie polskie pielęgniarki i położne będą mogły w pełni korzystać ze swobody przemieszczania się i podjęcia pracy w dowolnie wybranym państwie Unii! **To, co nie udało się w 2005 roku, udało się teraz w październiku 2013 roku!**

**Z przyjemnością informuję Państwa, że dzisiaj Parlament Europejski podczas sesji plenarnej w Strasburgu przyjął w głosowaniu moje poprawki dotyczące dyrektywy w sprawie uznawania kwalifikacji zawodowych, dzięki którym kwalifikacje zawodowe wszystkich polskich pielęgniarek i położnych, włączając absolwentki liceów medycznych czy studium medycznego, będą uznawane na takich samych zasadach jak wszystkich innych pielęgniarek w Unii Europejskiej.** A mówimy tutaj o niemałej grupie zawodowej, bo ponad 70% czynnych zawodowo polskich pielęgniarek to właśnie absolwentki liceów medycznych czy studium medycznego.

Cieszę się, że te od lat oczekiwane rezultaty udało się osiągnąć dzięki licznym spotkaniom i rozmowom z posłami do Parlamentu Europejskiego, z przedstawicielami Komisji Europejskiej oraz nieustannie przedstawianie naszych postulatów na forum Komisji Rynku Wewnętrznego i Ochrony Konsumentów, a także spotkania z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, w szczególności z zaangażowanymi w sprawę Paniami: z Dyrektorem Danutą Czarnecką oraz z Dyrektorem Beatą



Cholewką oraz z przedstawicielami polskich pielęgniarek i położnych, w szczególności z Panią Dorotą Gardias, wiceprzewodniczącą Forum Związków Zawodowych, była przewodniczącą Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych oraz z Panią Marią Brzezińską, ekspertem FZZ, była przewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach oraz innymi osobami, które również wniosły swój wkład w prace nad dyrektywą.

To ogromny sukces, bo nie tylko daje równe szanse na rynku pracy naszym polskim pielęgniarkom, ale też pokazuje, że ponad 10-letnie członkostwo Polski w Unii Europejskiej przekonało do nas pozostałe państwa członkowskie, które traktują nas jak równego partnera.

Uwzględnienie polskiego postulatu było dla mnie osobiście ogromnie ważne, ponieważ spełnia on oczekiwania naszych obywateli odnośnie do równego traktowania w pełni wykwalifikowanych pracowników na obszarze Unii Europejskiej. Wszystkie nasze pielęgniarki i położne bez wyjątku, posiadają wysokie kwalifikacje zawodowe i walczyłam właśnie o to, aby były docenione w Unii Europejskiej, i to się udało.

Po wdrożeniu tych przepisów do krajowych porządków prawnych wszyscy zainteresowani będą mogli korzystać z możliwości, jakie dają zawody pielęgniarskie.

**Kochane Panie, zwracam się do Was z prośbą o przekazanie i udostępnienie powyższych informacji jak najszerszemu gronu pielęgniarek i położnych.** ■

Z poważaniem,

Małgorzata Handzlik  
Poseł do Parlamentu Europejskiego



### Porady prawne

Przedruk: Dziennik Gazeta prawna, 14 listopada 2013, nr 220

## Dyżur nie jest zwykłym czasem pracy

### Orzeczenie

Jeśli w harmonogramie pracy został wskazany dyżur, to po jego odbyciu przez zatrudnionego nie można części jego godzin zaliczyć do pracy w nominalnym czasie i wypłacać za nie tylko wynagrodzenie zasadnicze. Należy się wówczas także dodatek za dyżur wypłacany w wysokości jak za godziny nadliczbowe. Tak orzekł Sąd Najwyższy.

Spór, który znalazł swój finał przed Sądem Najwyższym, toczył się pomiędzy lekarzem i szpitalem będącym jego pracodawcą. Ten pierwszy za czas odbywanych dyżurów zażądał wypłaty dodatku za pracę w godzinach nadliczbowych oraz za pracę w godzinach nocnych. Wskazał, że to drugie świadczenie w ogóle nie było mu wypłacane. Szpital stosował bowiem zasadę, zgodnie z którą w przypadku nie wypracowania podstawowego czasu pracy (tzw. nominalu) do jego osiągnięcia doliczono niektóre godziny dyżuru. Za ten czas medyk otrzymywał wynagrodzenie jak za zasadniczą dniówkę, a nie nadgodziny.

Szpital argumentował, że w związku z dyżurami i koniecznością zapewnienia prawa do odpoczynku zatrudniony w rzeczywistości nie miał możliwości wypracowania pełnego pensum. Niemożliwe było też takie ułożenie harmonogramu, by mógł on wypełnić podstawowy czas pracy, tj. 7 godzin i 35 minut dziennie oraz 37 godzin i 55 minut tygodniowo (zgodnie

z nieobowiązującą już ustawą o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 z późn. zm.).

### Lekarz dyżurujący w porze nocnej ma prawo do dwóch dodatków; za nadgodziny i pracę w nocy

Placówka wskazywała też, że regulamin w niej obowiązujący przewidywał wydłużenie normy czasu pracy do 12 godzin dziennie w miesięcznym okresie rozliczeniowym, co uzasadniało zaliczenie niektórych godzin dyżuru do nominalnego czasu pracy.

Sądy I i II instancji przyznały rację pracownikowi. W tej sytuacji szpital złożył kasację do Sądu Najwyższego. Ten ją jednak oddalił.

Sędziowie musieli rozważyć, czy lekarzowi za czas dyżuru wykonywanego w nocy przysługuje też dodatek nocny z kodeksu pracy (lub odpowiedni z regulaminu wynagradzania) oraz czy zaliczenie godzin dyżuru do zwykłego czasu pracy i przedłużenie wymiaru wykonywania obowiązków do 12 godzin było prawidłowe.

Sędzia sprawozdawca SN Józef Iwulski, podając ustne motywy rozstrzygnięcia, zwrócił uwagę, że w sprawie rozpatrywany jest stan z przeszłości, dotyczący zamkniętego okresu, w którym lekarz świadczył pracę zgodnie z harmonogramem. Podkreślił, że dyżur stanowi odrębną jednostkę czasu pracy, która musi być w nim wydzielona. Zdaniem SN odbytych godzin dyżuru nie można traktować jako nominalowych, czyli jako zwykłego czasu pracy. Wskazał, że takie samo stanowisko zajęła Państwowa Inspekcja Pracy. SN stwierdził też, że przepisy regulaminu przewidujące 12-godzinną normę czasu pracy nie były przez szpital stosowane.

Sąd Najwyższy podkreślił, że lekarz odbywający dyżur w nocny ma prawo nie tylko do dodatku za godziny nadliczbowe w porze nocnej, ale także - niezależnie od tego pierwszego - uprawniony jest też do dodatku za pracę w nocy. Zatrudniony mógł więc otrzymywać obydwa dodatki. Jednak zdaniem SN, w tym drugim przypadku nie należy stosować przepisów kodeksu pracy. Ustawa o ZOZ-ach reguluje te kwestie odrębnie w art. 321, jednak w omawianej sprawie przepisy regulaminu ustalały dodatek nocny na korzystniejszych zasadach i powinny być one stosowane.

### ORZECZNICTWO

Wyrok Sądu Najwyższego z 13 listopada 2013 r., sygn. akt I pk 110/13. ; [www.serwisy.gazetaprawna.pl/orzeczenia](http://www.serwisy.gazetaprawna.pl/orzeczenia) ■

Karolina Topolska



### Prace autorskie

## Biegunki rotawirusowe w oddziale pediatrycznym

Biegunki o podłożu infekcyjnym występują na całym świecie. Mogą przebiegać pod postacią pojedynczych zachorowań lub niewielkich lokalnych epidemii.

Występowanie biegunek związane jest z wieloma czynnikami, takimi jak: obszar geograficzny, pora roku, przebywanie w mniejszych lub większych skupiskach, podróże, spożywanie określonych produktów, wiek i ogólny stan zdrowia. Do czynników etiologicznych wywołujących biegunki infekcyjne zaliczamy: bakterie, wirusy, grzyby i pasożyty.





Wirusowe zakażenia przewodu pokarmowego najczęściej przebiegają w postaci ostrego zapalenia żołądka i jelit. Dotyczą w większości niemowląt i małych dzieci, chorują również dorośli. Wirusy powodują zakażenia pojedyncze lub lokalne małe epidemie w żłobkach, przedszkolach i oddziałach szpitalnych. Mogą przenosić się drogą fekalno - oralną, podczas bliskich kontaktów oraz najprawdopodobniej drogą kropelkową (możliwość zakażenia drogą kropelkową sugeruje wykrycie wirusa w wydzielinie z dróg oddechowych) Najczęściej są to rotawirusy, adenowirusy i norowirusy. Rotawirusy (RV) są najczęstszą przyczyną biegunk oraz zaburzeń żołądkowo-jelitowych u dzieci do pięciu lat. Charakterystyczną cechą tych zakażeń jest nasilenie zachorowań w okresie zimy i wczesnej wiosny. Zakażenia te wywoływane są na całym świecie zarówno w krajach ubogich o bardzo niskiej higienie jak i w krajach wysokorozwiniętych.

Szacunkowo stwierdzono, że każdego roku rotawirusy wywołują około 125 milionów epizodów biegunki i około 0.5 mln zgonów na całym świecie. Najwięcej przypadków biegunki stwierdza się w południowo wschodniej Azji, Indiach i Afryce gdzie występuje największa śmiertelność sięgająca 82%. Choroby wywołujące biegunki stanowią trzecią, co do częstości występowania po urazach okołoporodowych i zakażeniach dolnych dróg oddechowych, przyczynę zgonów wśród dzieci do piątego roku życia na całym świecie. Stwierdzono, że do piątego roku życia u 95% dzieci występuje conajmniej jeden epizod zakażenia rotawirusowego. W Polsce dokładna ilość zakażeń rotawirusowych nie jest znana. Szacunkowe dane, wyliczone na podstawie wyników badań europejskich na populację dzieci polskich, pokazują, że każdego roku 207,5 tys. dzieci poniżej 5 roku życia z biegunką rotawirusową bywa leczonych w domu, 52 tysiące zgłasza się do placówek opieki ambulatoryjnej, 6,5 tysiąca wymaga hospitalizacji, a 87 dzieci umiera z powodu zakażenia.

Za tymi suchymi liczbami kryje się również cierpienie samych dzieci, ich rodziców i opiekunów oraz stres związany z hospitalizacją, a także aspekty społeczne i ekonomiczne. Choroba dzieci powoduje absencję chorobową ich rodziców, zmusza ich do pobytu razem z dzieckiem w szpitalu.

Pracując od 14 lat na stanowisku pielęgniarki epidemiologicznej, codziennie mam do czynienia z hospitalizowanymi dziećmi z powodu zakażeń wywołanych przez rotawirusy. Niemal każdego dnia rejestruję zachorowania na biegunkę o podłożu rotawirusowym. Sporządzając od 14 lat roczne raporty z rejestracji alert patogenów, na oddziale dziecięcym, stwierdziłam najwięcej zakażeń rotawirusowych. Te dane liczbowe skłoniły mnie do opracowania analizy tych zakażeń. Celem pracy była analiza zakażeń rotawirusowych występujących u dzieci hospitalizowanych na oddziale dziecięcym w Szpitalu Powiatowym w Myszkowie w latach 2009-2012.

Analizie poddano wszystkie przypadki zakażeń wywołanych przez rotawirusy. Oceniono związek zakażenia z płcią, wiekiem dziecka, dobą wykrycia patogenu, sezonowością zachorowania oraz dane z laboratorium mikrobiologicznego dotyczące ilości badań.

Po raz pierwszy rotawirusy zostały wyizolowane w 1973 roku przez Ruth Bishop z Australii podczas badań mikroskopem elektronowym bioptatu dwunastnicy i kału dzieci chorych na biegunkę. Chorobę może wywołać już 10-100 cząstek wirusa. Ich budowa umożliwia rotawirusom przetrwanie w niekorzystnym środowisku zewnętrznym: na rękach, na pościeli, oraz na powierzchni mebli i przedmiotów użytkowych, co umożliwia przenoszenie zakażenia poprzez kontakt. Temperatura 60°C niszczy je dopiero po 30 minutach. Swoją żywotność zachowują w temperaturze pokojowej od 90 minut do ponad

10 dni, w tym na dłoniach do 4 godzin. Na powierzchniach nieożywionych mogą przetrwać około 2 miesięcy. Są również odporne na działanie środków dezynfekcyjnych takich jak: detergenty, niektóre czwartorzędowe związki amonowe oraz chlor w niskich stężeniach, zachowują wrażliwość wobec 95% etanolu, 70% izopropanolu oraz 2% glutaraldehydu.

Największe i zasadnicze znaczenie w przenoszeniu choroby mają ręce.

Rotawirusy są stabilne w środowisku, odporne na środki myjące oraz wrażliwe na większość środków dezynfekujących. Docelowo zakażają komórki nabłonka jelitowego, które po inwazji ulegają obumarciu, na skutek, czego dochodzi do martwicy komórek nabłonka jelitowego i zaniku kosmków jelitowych. W konsekwencji może to prowadzić do ostrego zespołu zaburzeń wchłaniania a u noworodków do zaburzeń równowagi elektrolitowej i szybkiego odwodnienia organizmu, co z kolei może być przyczyną zgonów.

Rotawirus może powodować zakażenia w każdej grupie wiekowej, ale zakażenia o najcięższym przebiegu stwierdza się najczęściej u niemowląt od 4 miesiąca życia do 3 roku życia. Zakażenia mogą występować w życiu wielokrotnie (spowodowane to jest różnymi serotypami wirusa), ale każde kolejne zakażenie przebiega w sposób łagodniejszy.

Rezerwuarem wirusa są bezobjawowi nosiciele, którymi mogą być zarówno dorośli jak i dzieci

Źródłem zakażenia są chorzy wydalający wirusa, oraz żywność skażona kałem osoby chorej, produkty niewymagające obróbki cieplnej (owoce, warzywa), woda zanieczyszczona rotawirusami, przedmioty codziennego użytku skażone wydaliniami chorego.

Drogi zakażenia – choroba przenoszona jest przede wszystkim drogą pokarmową, ale nie można wykluczyć zakażenia drogą kropelkową.

Okres wylegania infekcji rotawirusowej wynosi 2-4 dni. Rotawirusy uszkadzają enterocyty środkowego i końcowego odcinka kosmków jelitowych powodując stan zapalny żołądka i jelit. Choroba trwa zwykle 4-10 dni, sporadycznie może się przedłużyć do kilku tygodni.

Główne objawy zakażenia rotawirusami to; wodnista biegunka, wymioty, gorączka do 38°C, w stolcach może pojawiać się śluz. Wolnym stolcom towarzyszą wymioty w ilościach 2-3 na dobę.

Często obserwowane jest także zapalenie śluzówki nosa, zaczerwienienie błony śluzowej gardła oraz błon bębenkowych. Chory człowiek wydalą z kałem duże ilości wirusa 100-1000 cząstek/ml kału w pierwszych dniach choroby. Wydalanie wirusa rozpoczyna się już dwa dni przed wystąpieniem objawów i trwa jeszcze po ich ustąpieniu przez okres 8-30 dni, czasem dłużej. Nie stwierdza się trwałego nosicielstwa rotawirusów. W 20-40% przypadków zakażeń występują objawy zakażenia górnych dróg oddechowych.

Wśród licznych metod stosowanych w diagnostyce zakażeń RV najszersze zastosowanie znalazły metody immunoenzymatyczne ELISA oraz mikroskopia elektronowa. Większość z tych metod pozwala wykryć antygeny rotawirusów człowieka grupy A w kale pacjenta.

Ogólnościatowe występowanie zachorowań na zakażenia rotawirusowe wiąże się z potrzebą ochrony przed tymi zakażeniami. Podstawową zasadą profilaktyki jest przestrzeganie zasad higieny osobistej oraz higieny żywności. Najprostszym sposobem przerwania lub ograniczenia transmisji wirusa jest mycie i dezynfekcja rąk. Skuteczność mycia rąk w profilaktyce zakażeń RV może być jednak niewystarczająca. Oddziały pediatryczne w okresie zwiększonego zachorowania dzieci są najczęściej przepełnione, co utrudnia zachowanie

właściwych zasad i procedur postępowania. Dodatkowym źródłem zakażeń są rodzice i opiekunowie przebywający wraz z dziećmi w oddziale, najczęściej nieprzestrzegający zasad profilaktyki. W całokształcie procesu leczenia środowisko pielęgniarskie pełni bardzo ważną rolę. Pielęgniarki, głównie z powodu swego ciągłego kontaktu z różnymi chorymi, należą do tych profesjonalistów medycznych, których praca niesie ze sobą ryzyko przeniesienia zakażenia.

Może ono wzrosnąć w przypadku nie przestrzegania przez pielęgniarki zasad aseptyki i antyseptyki. Dlatego w realizacji zadań podejmowanych przez pielęgniarki bardzo ważną kwestią jest wykonywanie zabiegów zgodnie z obowiązującymi procedurami.

Zakażenia rotawirusowe, zgodnie z drogami przenoszenia, wymagają postępowania zgodnego z zasadami izolacji kontaktowej.

Warunkiem skutecznej profilaktyki zapobiegania zakażeniom RV w środowisku szpitalnym jest kompleksowe wprowadzenie procedur postępowania związanych z higieną rąk, właściwą izolacją zakażonych pacjentów oraz przebywającymi z nimi opiekunami, postępowania z bielizną szpitalną i odpadami medycznymi oraz dezynfekcją powierzchni i sprzętów. Zasada dezynfekcji rąk przed i po każdym kontakcie z zakażonym pacjentem lub jego wydaliniami powinna obowiązywać nie tylko personel medyczny ale również rodziców i opiekunów dzieci.

Do głównych zasad postępowania należą;

- Izolacja i kohortowanie zakażonych pacjentów w pokojach odrębnymi węzłami sanitarnymi.
- Wydzielenie odrębnego personelu do opieki nad izolowanymi pacjentami.
- Stosowanie indywidualnych środków ochrony osobistej (fartuchy ochronne, rękawiczki oraz maski na usta i nos w sytuacji, gdy istnieje ryzyko inhalacji aerozoli zawierających wirusy).
- Ograniczenie przemieszczania się pacjentów w oddziale (szpitalu) pozostawanie w wydzielonej sali.
- Przeznaczenia drobnego sprzętu medycznego typu ciśnieniomierze, termometry, stetoskopy tylko dla pacjentów skohortowanych w jednej sali lub izolacie.
- Rygorystyczne przestrzeganie zasad sprzątnięcia i dezynfekcji powierzchni kilka razy dziennie wraz z najbliższym otoczeniem chorego-(stoliki, łóżka toalety, kłamki).
- Właściwe transportowanie bielizny szpitalnej w zamkniętych workach i pranie jej z termiczno-chemiczną dezynfekcją.
- Stosowanie materacy z powłokami umożliwiającymi jego dezynfekcję
- Maszynowe mycie naczyń .
- Ograniczenie lub wstrzymanie odwiedzin w przypadku dużego nasilenia zachorowań.

Nie bez znaczenia w rozpoznawaniu etiologii biegunki u dzieci są badania mikrobiologiczne w oparciu o szybkie testy lateksowe pozwalające ustalić etiologię zakażenia.

W analizowanym przeze mnie materiale badania te stanowiły 39,59% wszystkich wykonanych badań mikrobiologicznych w oddziale, co stanowiło średnio 28,76 badania na 1 łóżko.

Szybkie badanie mikrobiologiczne potwierdza, iż najczęściej wirusa wykrywano w pierwszej i drugiej dobie, co potwierdzają również prace polskich autorów.

W moim analizowanym materiale zaobserwowałam szczyt zachorowań w miesiącach marzec, kwiecień i maj. Nie odnotowano wzrostu zachorowań w miesiącach jesienno zimowych. Moje analizy potwierdziły badania innych autorów iż do

zakażenia może dojść w każdym wieku jednak jak wykazało moje badanie najwięcej zachorowań występuje u dzieci do 3 roku życia .Zakażenia u tych dzieci przebiegają ciężiej i stąd są częściej przyczyną hospitalizacji w oddziałach pediatricznych.

Badając płęć hospitalizowanych dzieci stwierdziłam, iż częściej chorują chłopcy 157 przypadków niż dziewczynki 130 przypadków.

Moja analiza w czterech kolejnych latach wykazała również, że w 2009 i 2010 roku częściej chorowały dziewczynki. Natomiast w 2011 i 2012 roku częściej chorowali chłopcy. Krótki okres moich badań nie pozwolił na ocenę czy te zależności będą się utrzymywały w kolejnych latach. ■

Renata Błaszczyk

Literatura u autora

## Badania densytometryczne

**Badania densytometryczne** pozwalają na ilościową ocenę gęstości kości (BMD), a ściślej biorąc gęstości jej składowej mineralnej. U człowieka dorosłego wymiary szkieletu nie ulegają już istotnym zmianom, dlatego gęstość kości jest proporcjonalna do ich masy.

Pomiar gęstości mineralnej kości (BMD) był dotychczas uznawany za kryterium decydujące o rozpoznawaniu lub wykluczeniu osteoporozy. Stosując przyjęty przez WHO w 1994 roku próg rozpoznawania T-score  $-2,5$  kwalifikowano pacjentów do leczenia osteoporozy lub uznawano ich za zdrowych. Niestety, takie postępowanie nie spełnia podstawowego wymogu diagnostycznego, bowiem nie pozwala na odróżnienie osób z podwyższonym ryzykiem złamania od niezagrażonych. Obniżenie gęstości mineralnej zwiększa ryzyko złamania, ale wartości prawidłowe też go nie wykluczają.

Pomiar BMD stał się podstawą pierwszej, powszechnie zaakceptowanej definicji osteoporozy stworzonej przez ekspertów WHO w 1994 r.

### 1. Wskazania do badania densytometrycznego

W świetle obecnych zaleceń WHO/IOF badanie densytometryczne jest kolejnym etapem oceny bezwzględnego ryzyka złamania i wykonujemy je u osób obciążonych czynnikami ryzyka. Zatem wskazania do badania densytometrycznego są następujące:

- weryfikacja wartości względnego ryzyka złamania,
  - podejrzenie obniżenia masy kostnej skutkiem istniejących schorzeń lub zażywania leków
  - weryfikacja chorych planowanych do leczenia współczesnymi lekami antyresorpcyjnymi, które jest skuteczne przy obniżonej masie kostnej
  - z istotnymi czynnikami ryzyka osteoporozy, u których spodziewamy się znacznego obniżenia masy kostnej. Ewentualne potwierdzenie tych podejrzeń będzie istotnym argumentem przy podejmowaniu przez lekarza decyzji o rozpoczęciu i wyborze rodzaju terapii. Istotne czynniki ryzyka osteoporozy to:
- przedwczesna menopauza (<45 rż.),
  - przedłużający się wtórny brak miesiączki,
  - hipogonadyzm pierwotny,
  - leczenie glikokortykosteroidami,
  - anorexia nervosa,
  - zespół złego wchłaniania,





- nadczynność tarczycy,
- przedłużające się unieruchomienie.
- z radiologicznie rozpoznaną osteoporozą i/lub deformacją trzonów kręgow;
- po przebytym złamaniu po niskim urazie, szczególnie przedramienia, nadgarstka, kości udowej lub kręgosłupa.
- badanie to powinno natomiast zostać przeprowadzone wtedy, gdy lekarz zamierza rozpocząć leczenie choroby i kontrolować jego skuteczność.

Jeśli osoba w starszym wieku zgłasza się do lekarza z powodu silnego, nagłego bólu w okolicy kręgosłupa, a badanie rentgenowskie pokazuje liczne zdeformowane kręgi z klinowymi lub kompresyjnymi złamaniami, albo wtedy, gdy doszło już do złamania biodra lub kości przedramienia po małym urazie, to potwierdzenie rozpoznania osteoporozы za pomocą precyzyjnych (ale kosztownych) badań densytometrycznych nie jest konieczne.

Poza wymienionymi wskazaniami badanie DEXA należy uwzględnić w przypadku szybkiej utraty wagi ciała o ponad 10% lub przy BMI <19 kg/m<sup>2</sup>, zmniejszenia wzrostu o ponad 3 cm lub pogłębiającej się kifozy piersiowej, wykrycia nadczynności przytarczyc oraz u kobiet po 65 roku życia. [2]

Należy również pamiętać o przeciwwskazaniach do tego badania. Uznany przeciwwskazaniem bezwzględny jest cięża. Natomiast wśród najczęściej wymienianych przeciwwskazań względnych znajdują się:

- obecność środków kontrastowych w obrębie tułowia,
- obecność radioizotopów w obrębie tułowia,
- otyłość powyżej 120 kg,
- przebyte złamanie w okolicy poddawanej badaniu (badanie należy przeprowadzić po stronie przeciwległej).

## 2. Zasady pomiaru gęstości mineralnej kośćca

### Metoda pomiaru.

Zasada działania wszystkich technik densytometrycznych jest podobna i polega na pomiarze ilości promieniowania rentgenowskiego, przechodzącego przez badane części szkieletu i docierającego do specjalnego detektora. Obejmują one:

- 1) jednoenergetyczną densytometrię rentgenowską (SXA),
  - 2) dwuenergetyczną densytometrię rentgenowską (DEXA).
- Ze względu na lokalizację pomiarów, aparaty densytometryczne można sklasyfikować jako mierzące centralną część szkieletu (DEXA centralna) lub obwodową część szkieletu – SX- i pDEXA. Aparaty SXA i pDEXA analizują masę kostną przedramienia, kości piętowej, a także paliczków.

Standardową aparaturą DEXA są densytometry całego ciała wiązki pojedynczej lub nowocześniejsze – wiązki wachlarzowej. Aparaty te nie różnią się precyzją pomiaru. Aparat wiązki wachlarzowej wykonuje pomiar szybciej i daje obraz densytometryczny wystarczającej jakości do pomiarów morfometrycznych kręgosłupa i analiz biomechanicznych bliższego końca kości udowej.

Podstawową wadą densytometrii obwodowej jest brak możliwości badania kręgosłupa i bliższej części kości udowej, czyli rejonów, w których wcześniej dochodzi do ubytku masy kostnej i – niekiedy groźnych dla życia – złamań. Mogą być stosowane jako metody screeningowe (nie można stosować kryteriów WHO do diagnostyki osteoporozы).

Standardową metodą pomiaru gęstości mineralnej kości jest podwójna absorpcjometria rentgenowska (DXA - Dual Energy X-ray Absorptiometry). W wyniku pomiaru otrzymujemy bezwzględną wartość gęstości mineralnej wyrażoną wg masy (BMC- Bone Mineral Content). Podzielenie tej liczby przez powierzchnię pomiaru daje gęstość mineralną kości w g/cm<sup>2</sup>

(BMD – Bone Mineral Density). Uzyskany wynik porównywany jest ze zgromadzonymi w pamięci komputera normami, obliczonymi na podstawie wcześniejszych badań populacyjnych. Metodę DXA cechuje bardzo wysoka precyzja pomiaru i minimalne narażenie na promieniowanie. Błąd pomiaru wynosi 1-2%, a dawka zaabsorbowana tylko 0,6-2 mSv (dzienna dawka promienienia kosmicznego 5-8 mSv).

Kryteria densytometryczne osteoporozы (WHO 1994) opierają się na pomiarze BMD w szyjce kości udowej metodą DXA i porównaniu jej do wartości referencyjnej, jaką jest szczytowa masa kostna zdrowych młodych kobiet w wieku 20-29 lat. Wynik wyrażony jest w wielokrotności odchylenia standardowego (SD), zwanym T-score lub w postaci procentowej (% young adult).

Ujemna wartość wskaźnika T jest tym większa, im jesteśmy starsi.

Wskaźnik odchylenia standardowego zwany Z-score wyraża porównanie uzyskanej u badanego wartości gęstości masy kostnej do średniej wartości BMD osób w tym samym wieku i płci. Z-score ≤ -1,0 w każdym wieku oznacza niższą od normy masę kostną i świadczy albo o wadzie genetycznej (bardzo rzadko), albo (najczęściej) o skutkach oddziaływania jakiegoś czynnika (czynnik ryzyka złamania), który doprowadził do utraty masy kostnej i zwiększył ryzyko złamania.

Zaakceptowane powszechnie normy przedstawiają się następująco:

- Wartości ± 1 T-score odpowiadają normie.
- Niska masa kości czyli osteopenia odpowiada wartościom od -1 do -2,5 T-score.
- Osteoporozа jest rozpoznawana przy T-score poniżej -2,5.
- Osteoporozа zaawansowana to T-score poniżej -2,5 z potwierdzoną obecnością typowego osteoporotycznego złamania.

Należy podkreślić, że osoby z „osteoporozą” wg tych kryteriów mają podwyższone ryzyko złamania, ale stwierdzenie przeciwne tj. wykluczenie „osteoporozы” nie oznacza mniejszego ryzyka złamania, gdyż na ryzyko to składają się też inne oprócz obniżonej gęstości mineralnej kości (BMD) czynniki.

### Miejsce pomiaru.

Pomiar BMD najdokładniej ocenia ryzyko złamania dla miejsca szkieletu, w którym jest wykonany. W biodrze bada się gęstość kości w miejscach, w których najczęściej występują złamania osteoporotyczne.

Powszechnie przyjęte zasady pomiarów densytometrycznych określają konkretne miejsca pomiarów w obrębie szkieletu (ROI-Region of Interest). W bliższym końcu kości udowej (b.k.k. udowej) są nimi:

- szyjka (neck), gdzie dominuje kość zbita,
- krętarz większy (trochanter), gdzie proporcja między kością gąbczastą a korową zbliżona jest do 1:1.
- trójkąt Warda (Ward), miejscu o najmniejszym zagęszczeniu bełeczek
- total (obejmujący szyjkę, krętarz i trójkąt Warda).

IOF/WHO przyjęło pomiar BMD b.k.k. udowej za podstawę do obliczania 10-letniego bezwzględnego ryzyka złamania (RB-10), ponieważ złamanie w tym miejscu jest najcięższym powikłaniem osteoporozы w aspekcie klinicznym i ekonomicznym, a zarazem jest najdokładniej ewidencjonowane w lecznictwie. Obniżenie BMD w b.k.k. udowej ma ponadto najsilniejszy gradient ryzyka złamania. Przy obniżeniu o 1 SD ryzyko złamania wzrasta 2,6-krotnie, podczas gdy taki sam spadek

BMD w kręgosłupie oznacza wzrost ryzyka 1,6-krotny. Należy również podkreślić, że kryteria diagnostyczne WHO z 1994 r. opierały się właśnie na pomiarach b.k.k. udowej u kobiet w okresie menopauzy.

Stąd też zalecenia IOF z 2000 r. podkreślają, że do rozpoznawania osteoporozy wg tych kryteriów upoważnia wyłącznie pomiary b.k.k. udowej, ale można też stosować pomiar w odcinku lędźwiowym kręgosłupa ale u osób młodszych tj. do 60 r.ż.

Ograniczenie pomiarów BMD tylko do bkk udowej nie jest wolne od kontrowersji. Złamania kręgosłupa mają również istotny wpływ na śmiertelność i chorobowość populacji. Zasada, że pomiar w danym odcinku szkieletu najlepiej przewidyuje jego ryzyko złamania odnosi się również do kręgosłupa. Ponadto wszystkie badania kliniczne współczesnych leków stosowały za kryterium włączenia badanie BMD kręgosłupa i z tym kryterium diagnostycznym są dopuszczone do leczenia. Pomiar w kręgosłupie jest zalecany przez IOF do monitorowania leczenia, bowiem tutaj wzrost BMD będzie największy i najszybszy z racji dużej zawartości kości bełczkowej.

Wadą pomiarów w kręgosłupie są pojawiające się z wiekiem zmiany zwyrodnieniowe, które poprzez generowanie osteofitów podnoszą wartość pomiaru BMD.

Większość towarzystw naukowych uznaje rozpoznanie osteoporozy również na podstawie pomiaru BMD w kręgosłupie, co jest niezgodne ze stanowiskiem IOF/WHO (International Society for Clinical Densitometry (ISCD), National Osteoporosis Society (NOS) oraz National Osteoporosis Foundation (NOF) i towarzystw kanadyjskich.

Podsumowując, optymalne wydaje się wykonywanie pomiaru BMD zarówno w b.k.k. udowej, jak i w kręgosłupie, a załączony „Kalkulator RB-10” umożliwia wykorzystanie do obliczenia RB-10 Z-scorów w obu lokalizacjach.

### Analizy pomiarów densytometrycznych.

Najczęściej dokonywane są pomiary lędźwiowego odcinka kręgosłupa oraz kości udowej pozwalające uzyskać informację zarówno o gęstości kości bełczkowej, jak i zbitiej. Ze względu na najwyższą powtarzalność, określana jest zwykle średnia gęstość 2, 3 i 4 kręgu lędźwiowego (L2-L4) lub pierwszych 4 kręgów lędźwiowych (L1-L4).

Do diagnostyki wybieramy najniższy pomiar w zakresie szyjki lub total. Trójkąt Warda nie nadaje się do diagnostyki ani do monitorowania.

Dla rozpoznania przyjmuje się najniższą wartość BMD w jednym z miejsc pomiaru. Pomiar w bkk udowej pozwala dokładniej określić ryzyko złamania i pomiar ten jest konieczny, jeżeli planujemy obliczać bezwzględne ryzyko złamania.

Do analizy pomiarów w kręgosłupie wykorzystujemy uśrednione wartości pomiarów L1-L4 w projekcji AP. Nigdy nie opieramy się na pomiarze jednego kręgu, z analizy natomiast należy wykluczyć krąg złamany. Zasadniczą wadą pomiarów BMD w kręgosłupie jest to, że pojawiające się z wiekiem zmiany zwyrodnieniowe powodują zwiększenie absorpcji promieniowania rtg i wynik staje się niewiarygodny.

Według zaleceń WHO i IFO rozpoznanie osteoporozy stawiane jest w oparciu o badanie DEXA centralne (kręgosłup lędźwiowy w projekcji AP i bliższa część kości udowej – neck, total hip) wtedy, gdy gęstość kości jest niższa o ponad 2,5 odchylenia standardowego od szczytowej masy kostnej (T-score = -2,5).

Ponieważ związek pomiędzy BMD, a ryzykiem złamań szyjki kości udowej u kobiet i mężczyzn jest podobny, zaleca się używanie tych samych densytometrycznych kryteriów diagnostycznych dla obu płci (przynajmniej do czasu zweryfikowania tego stanowiska przez nowe badania).

### 3. Badanie kontrolne i porównywanie wyników

Kontrolne badanie BMD wykonuje się w okresach rocznych.

W wyjątkowych przypadkach czas między kolejnymi badaniami może być skrócony do 6 miesięcy (rozpoczęcie sterydoterapii przeciwzapalnej), a podczas leczenia estrogenami lub bifosfonianami, po udokumentowaniu korzystnej odpowiedzi na leczenie, co 3-5 lat (o ile kliniczny obraz pacjenta nie zmienił się).

Wynika to z oczekiwanego zakresu zmiany gęstości (kilka procent) i z błędu metody. O wzroście lub spadku można mówić, jeżeli zmiana gęstości u danego pacjenta jest większa od określonej dla danej pracowni densytometrycznej najmniejszej znamiennej zmiany (LSC – Lower Significant Change). Porównania wyników densytometrycznych u pacjenta dokonujemy na podstawie bezwzględnej wartości BMD wykonanej tym samym aparatem i w tym samym miejscu. Bardzo często spotykanym błędem jest porównanie zmian w zakresie wskaźników T-score lub Z-score. Bezwzględne wyniki pomiarów różnych typów aparatów są nieporównywalne.

Do monitorowania leczenia zalecana jest DEXA – centralna z miejscem pomiaru: kręgosłup lędźwiowy w pozycji przednio-tylnej (ze względu na najlepszą precyzję i silną odpowiedź na leczenie kości – bełczkowej), a u osób z chorobą zwyrodnieniową kręgosłupa bliższa część kości udowej (total hip lub krętarz większy).

Podsumowując znaczenie badania densytometrycznego należy zwrócić uwagę na kilka praktycznych zaleceń:

1. Pomiary BMD powinny być wykonywane w tak zwanych lokalizacjach centralnych tj. w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, w szyjce kości udowej.
2. Ocena szyjki kości udowej daje lepszy wgląd niż badanie odcinka lędźwiowego kręgosłupa z uwagi na często występujące w nim zmiany zwyrodnieniowe.
3. W przypadku zmian zwyrodnieniowych obejmujących szyjkę kości udowej ocenę można oprzeć na badaniu stawu biodrowego i krętarza.
4. Nie jest zalecane branie pod uwagę BMD w tzw. trójkącie Warda, ponieważ dokonane w tym obszarze pomiary charakteryzują się małą precyzją i podlegają największym błędom powtarzalności.
5. Uważa się, że badania w lokalizacjach obwodowych (np. przedramię) nie powinny służyć do rozpoznawania osteoporozy, natomiast mogą być pomocne do oceny ryzyka złamań.
6. Badanie przedramienia należy wykonywać jedynie w przypadkach gdy lokalizacje centralne są niedostępne.
7. Optymalnym postępowaniem byłoby wykonywanie pomiarów w kilku lokalizacjach centralnych.
8. Okresy pomiędzy poszczególnymi badaniami nie powinny być krótsze niż 12-18 miesięcy. ■

Joanna Kwećka

Literatura u autora

## Żywnie chorego na cukrzyce

Do prawidłowego funkcjonowania ludzkiego organizmu konieczny jest m.in. odpowiedni poziom glukozy (cukru) we krwi. Mierzony na czczo nie powinien przekraczać 126 mg/dl. Natomiast dwie godziny po podaniu glukozy powinien mieścić się w przedziale 140–200 mg/dl. Poziom cukru we krwi, w dużej mierze, zależy od tego, co człowiek je. Większość





węglowodanów zawartych w pieczywie, makaronach, ziemniakach, słodyczach i owocach trawiona jest w przewodzie pokarmowym i zamieniana w glukozę. Następnie jest wchłaniana do krwi, z której przenika do mięśni, wątroby i innych narządów, zasilając je w energię. Aby cały proces przebiegał prawidłowo i glukoza dostała się do komórek, potrzebna jest insulina – hormon wytwarzany przez trzustkę. W przypadku jej niedoborów, komórki nie otrzymują potrzebnej energii, a we krwi pozostaje nadmiar cukru. Stan ten określa się, jako hiperglikemię.

### Cukrzyca

To przewlekła choroba metaboliczna wywołana brakiem lub nieprawidłowym działaniem insuliny. Schorzenie to charakteryzuje się podwyższonym stężeniem glukozy (hiperglikemią) we krwi.

#### Cukrzyca typu 1:

Trzustka z jakiegoś powodu wytwarza bardzo mało insuliny lub w ogóle jej nie produkuje, glukoza nie dociera do komórek, ale pozostaje we krwi. Cukrzycę typu 1 ma około 20% chorych. Można na nią zachorować w każdym wieku (można się nawet z nią urodzić), jednak jak wynika ze statystyk, częściej chorują ludzie młodzi (przed 40 rokiem życia). Pewną rolę w powstaniu cukrzycy 1 odgrywają między innymi czynniki genetyczne i nieprawidłowa praca układu odpornościowego. Naukowcy odkryli, że toksyny niektórych wirusów (np. Coxsackie B4) uszkadzają komórki beta w trzustce i wtedy własny układ odpornościowy zaczyna je traktować jak wroga i niszczyć. To tzw. autoagresja. Osoby z cukrzycą typu 1 przez całe życie muszą dostawać insulinę z zewnątrz. Bierze się ją w formie podskórnych zastrzyków. Insulina dostaje się do krwiobiegu i pomaga glukozie dostać się do komórek organizmu. Duże znaczenie dla utrzymania właściwego poziomu glukozy we krwi ma w tym przypadku także dieta i ćwiczenia fizyczne.

#### Cukrzyca typu 2:

Mimo że komórki beta w trzustce produkują insulinę (często niewiele mniej niż u zdrowego człowieka), z jakiegoś powodu glukoza pozostaje we krwi. Fachowcy mówią wtedy o oporności insulinowej lub niewrażliwości na insulinę. Niestety, naukowcom nie udało się jeszcze jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, dlaczego komórki nie chcą reagować na insulinę. Drugi mechanizm cukrzycy typu 2 obok insulinooporności, jest wtedy, gdy trzustka produkuje za mało insuliny. Częściej wykrywa się ją u osób po 40 roku życia. Ten typ cukrzycy ma około 80% chorych. „Przecukrzona” krew podstępnie niszczy nerki, serce, wątrobę, naczynia krwionośne, a nawet system nerwowy. Na szczęście, dzięki zmianie trybu życia i diety, z cukrzycą można skutecznie walczyć. Badania dowiodły, że zmiana stylu życia (regularna aktywność fizyczna, redukcja masy ciała o 5-10%) opóźniają występowanie cukrzycy typu 2. Czynniki predysponującymi do wystąpienia cukrzycy typu 2 są: upośledzenie tolerancji glukozy, otyłość (u 50% kobiet i u 82% mężczyzn), nadciśnienie tętnicze (u 61%), podwyższone stężenie trójglicerydów (u 28%), podwyższone stężenie cholesterolu LDL (u 62%). Leczenie polega na stosowaniu odpowiedniej diety, „rzuceniu” nadwagi, regularnym uprawianiu aktywności fizycznej oraz na przyjmowaniu leków zmniejszających oporność na insulinę lub pobudzających trzustkę do wydajniejszej produkcji tego hormonu.

### Glukoza:

cukier prosty. Wytwarzany jest w procesie trawienia pokarmu i z przewodu pokarmowego szybko przedostaje się do krwi. To „paliwo”, bez którego komórki nie mogłyby żyć, odbudowywać się i wykonywać pracy, do której są stworzone.

### Dieta cukrzycowa i zapotrzebowanie organizmu w składniki odżywcze.

Dieta cukrzycowa, a właściwie dieta przeciwcukrzycowa należy do najważniejszych czynników profilaktyki i leczenia – szczególnie w pierwszym etapie rozwoju cukrzycy. Dieta może być jedynym czynnikiem wpływającym na regulację poziomu cukru we krwi lub też wspomagać leczenie doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi, czy insuliną. Zasady leczenia dietetycznego z reguły przystosowuje się do indywidualnych potrzeb. Dieta jest zawsze tak zaplanowana, aby pokrywała w pełni zapotrzebowanie energetyczne chorego na jego biologiczne potrzeby życiowe i zajęcia zawodowe, ale bez nakładania zbędnych obciążeń na przemianę materii. W każdym przypadku określa się ilościowe proporcje białek, tłuszczów i węglowodanów podawanych w ciągu doby, aby przyczynić się do jak najlepszego bilansu składników odżywczych.

#### Podstawowym celem diety cukrzycowej jest:

1. dostarczenie odpowiedniej ilości energii oraz składników pokarmowych potrzebnych do zapewnienia prawidłowego funkcjonowania organizmu
2. redukcja masy ciała u chorych z nadwagą i otyłością oraz utrzymanie jej na prawidłowym poziomie
3. uzyskanie stężenia glukozy we krwi na poziomie możliwie najbardziej zbliżonym do prawidłowego
4. przeciwdziałanie powikłaniom cukrzycy.

#### Zasady ustalania diety:

1. Dieta powinna być ustalana dla każdego chorego indywidualnie w zależności od masy ciała, wzrostu, wieku, aktywności fizycznej. Niezwykle istotne jest, aby żywienie współgrało z ewentualnymi preparatami farmakologicznymi.
2. Dieta chorego na cukrzycę powinna być zgodna z założeniami diety zdrowego człowieka, tzn. powinna spełniać zalecenia dietetyczne zdrowego żywienia.
3. W przypadku otyłości (BMI  $\geq$  30) podstawą jest redukcja masy ciała. Podstawową metodą zmniejszania masy ciała są lecznicze zmiany stylu życia, które obejmują obniżenie podaży kalorii lub zwiększenie aktywności fizycznej; umiarkowane zmniejszenie bilansu kalorycznego (500-1000 kcal/d.) spowoduje wolną, ale postępującą utratę masy ciała (ok. 1 kg/tydzień); większość chorych stosujących diety odchudzające powinna dostarczyć swemu organizmowi co najmniej 1000-1200 kcal/d w przypadku kobiet i 1200-1600 kcal/d w przypadku mężczyzn.
4. Spożywanie posiłków musi być rozłożone równomiernie w ciągu dnia, aby harmonizowało z nasileniem działania insuliny lub leków.



5. Liczba posiłków powinna wynosić 5- 6 na dobę, powinny być zjadane w małych ilościach, spożywane o ustalonych porach i regularnie oraz urozmaicone.

6. Zalecane są 3 główne posiłki (śniadanie, obiad, kolacja) oraz 3 lekkie (II śniadanie, podwieczorek, druga kolacja).

7. Przerwy między posiłkami nie powinny być krótsze niż 2 godziny i dłuższe niż 3.

8. W leczeniu cukrzycy nie zaleca się stosowania diet ubogowęglowodanowych.

9. Z diety należy wykluczyć alkohol.

10. Chory powinien zawsze otrzymywać lub zdobywać pełne informacje na temat spożywanych produktów.

### Zalecenia dietetyczne dotyczące chorych z cukrzycą typu I:

- regularność trybu odżywiania jako warunek wyrównania metabolicznego.
- zazwyczaj zwiększone zapotrzebowanie energetyczne u tych chorych.
- konieczność równomiernego rozłożenia węglowodanów na posiłki.
- konieczność uwzględniania przekąsek między posiłkami i przed snem.
- ustalenie czasu przyjmowania posiłków szczególnie w przypadku stosowania insuliny długo działającej.
- uwzględnienie dodatkowej podaży energii w przypadku wysiłku fizycznego o większym nasileniu.

### Leczenie żywieniowe w cukrzycy typu II:

- zwykle zmniejszone zapotrzebowanie energetyczne spowodowane przez otyłość.
- wyrównanie metaboliczne uzyskiwane głównie w wyniku leczenia żywieniowego.
- wskazany ustalony czas posiłków.

### Zapotrzebowanie energetyczne:

Wartość energetyczną diety osób z cukrzycą ustala się na poziomie, który pozwala na utrzymanie pożądanej masy ciała tj. aby BMI mieścił się w zakresie 19-25 kg/m<sup>2</sup>. Kaloryczność diety zależy od masy ciała, płci, aktywności fizycznej, stanu fizjologicznego i ewentualnych schorzeń.

- chory leżący powinien otrzymać 20-25 kcal na 1 kg należnej masy ciała na dobę
- osoba chodząca nie obciążona wysiłkiem 25-30 kcal a osoba pracująca 30-35 kcal na 1 kg należnej masy ciała na dobę
- u osoby dorosłej wykonującej średnio ciężką pracę fizyczną bez nadwagi ok. 35 kcal na 1 kg należnej masy ciała na dobę
- osoby aktywne lub jeszcze rosące powinny otrzymywać 2500-3000 kcal lub więcej na dobę.

### Składniki jakościowe diety:

Węglowodany

W odżywianiu osób chorych na cukrzycę bardzo ważne jest

unikanie spożywania cukrów prostych. Osoby chore na cukrzycę powinny przyjmować w diecie przede wszystkim węglowodany wolno przyswajalne, po spożyciu których stężenie glukozy wzrasta powoli. Przykładem takich węglowodanów są: kasze i makarony. W diecie należy znacząco ograniczyć a nawet jeśli to możliwe całkiem wyeliminować produkty zawierające węglowodany szybko przyswajalne typu: cukier w czystej postaci, miód, ciasta, czekolady, dżemy, słodzone napoje gazowane. Ilość cukru w jednym posiłku nie powinna przekraczać 5 g. Wśród węglowodanów istotną rolę odgrywa błonnik, gdyż przyczynia się on do redukcji glikemii poposiłkowej i zmniejsza zapotrzebowanie na insulinę. Osoby chore na cukrzycę powinny więc jeść produkty pełnoziarniste, kaszę gryczaną i warzywa bogate w błonnik.

### Tłuszcze

W leczeniu cukrzycy niezmiernie ważna jest walka z nadwagą i otyłością, dlatego należy kontrolować ilości spożywanego tłuszczu. Tłuszcze w diecie powinny stanowić ok. 30%, w tym: 10% to tłuszcze jednonienasycone (na przykład oliwa z oliwek), 6-10% tłuszcze wielonienasycone (na przykład olej sojowy) i poniżej 10% powinna wynieść wartość tłuszczów nasyconych. U chorych na cukrzycę należy zwrócić również uwagę na poziom cholesterolu, którego spożycie nie powinno przekraczać 300 mg dziennie, dlatego ograniczmy w diecie jajka do 2-3 sztuk tygodniowo a także spożywajmy mniej masła i śmietany.

### Białka

Białka odgrywają niezwykle ważną rolę, gdyż są niezbędne do prawidłowego przebiegu procesu przemiany materii. Białko dostarczane w diecie powinno składać się z białko zwierzęcego i roślinnego w mniej więcej równych proporcjach. Chcąc dostarczyć w diecie białko zwierzęce najlepiej spożywać chudą cielęcinę i wołowinę, drób oraz ryby a ponadto przetwory mleczne. Jeśli chodzi o białka pochodzenia roślinnego wybierajmy rośliny strączkowe takie jak soja, soczewica czy groch. Dzielne zapotrzebowanie na białko u osoby chorej na cukrzycę wynosi 0,7 - 0,8 g/kg masy ciała.

### Włókno pokarmowe (błonnik)

To bardzo ważny składnik pokarmowy, który przyspiesza przechodzenie treści pokarmowej przez jelita i zwalnia wchłanianie węglowodanów z przewodu pokarmowego. Ten składnik diety znajduje się w: bulwach, łodygach i liściach roślin, łuskach ziaren (ciemna mąka, razowy chleb, otręby, rośliny strączkowe, łupiny).

### Witaminy i składniki mineralne

Zapotrzebowanie na witaminy i składniki mineralne u chorych na cukrzycę jest takie samo jak u osób zdrowych. Ważne jest położenie nacisku na spożywanie większych ilości produktów bogatych w witaminy antyoksydacyjne - takie jak witaminy A, C i E, które odgrywają ważną rolę w zapobieganiu miażdżycy.

### Alkohol

U chorych na cukrzycę nie poleca się spożywania alkoholu ze względu na ryzyko wystąpienia hipoglikemii a dodatkowo jest on wysokokaloryczny. Jeżeli zaistnieje sytuacja spożycia alkoholu nie należy przekraczać dawki 15-20 gramów czystego



alkoholu, czyli taką ilość znajdziemy w 100 ml wytrawnego wina, 330 ml piwa czy 40 ml brandy.

#### Warzywa i owoce

Warzywa i owoce, szczególnie w postaci surowej, są dobrym źródłem witamin, składników mineralnych i błonnika, dlatego powinny się znaleźć w każdym posiłku. Warzywa gotowane mają wyższy indeks glikemiczny (szybciej podnoszą poziom cukru we krwi), z tego powodu nie należy ich rozgotowywać. Ta sama zasada dotyczy gotowania kasz i makaronów. Warzywa można zjeść więcej, ok. 700g w ciągu dnia, natomiast owoce należy ograniczyć do 250 -300g ze względu na dość dużą zawartość fruktozy.

#### Słodkości

Ciastka, cukierki czy inne słodkości powinny być wyłączone z diety chorego na cukrzycę. Jeżeli już dojdzie do takiej sytuacji, należy te produkty dokładnie uwzględnić w zapotrzebowaniu kalorycznym i wyliczyć należną ilość wymienników węglowodanowych. Dopuszczalne jest też stosowanie sztucznych środków słodzących takich jak aspartam, który jest 180 razy słodszy niż cukier. Nie można go dodawać do pieczenia ciast, ponieważ rozkłada się dopiero w temperaturze 200°C. Do najstarszych słodzików należy sacharyna – maksymalna dawka na dobę wynosi 200 mg. Jest przeciwwskazana w okresie ciąży i karmienia piersią. Fruktaza powinna być stosowana pod kontrolą i nie powinna być przekroczona dawka 40-60 g na dobę, gdyż powoduje przyrost glikemii.

#### Wymienniki węglowodanowe

Wymiennik węglowodanowy to pojęcie zazwyczaj stosowane w diabetologii. Określa ono ilość przyswajalnych węglowodanów zawartych w produkcie, zgodnie z zasadą: 1 WW = 10g węglowodanów zawartych w danym produkcie. Zawartość węglowodanów w poszczególnych posiłkach powinna być utrzymana na równym poziomie i do uzyskania tego efektu stosuje się właśnie wymiennik węglowodanowy. Korzystając z tablic WW można wymienić produkty zawarte w jadłospisie na inne, z tej samej grupy produktowej.

Dieta cukrzyka nie musi być jednostajna. Wystarczy dobrze ją planować i pamiętać o tym, aby liczyć ilość przyjmowanych węglowodanów i dopasowywać do nich dawki insuliny. Podczas wymieniania jednych produktów na inne należy pamiętać, aby wymieniać produkty z tej samej grupy – warzywa na inne warzywa, produkty mleczne na inne produkty mleczne. W ten sposób, dzięki odpowiednio kontrolowanej diecie cukrzycowej, wahania cukru we krwi można zmniejszyć do minimum. Większość producentów żywności podaje ilość węglowodanów w produkcie, więc policzenie ile WW zamierzamy spożyć nie jest skomplikowane. Problem pojawia się w przypadku owoców, warzyw, pieczywa i kasz, gdyż konieczne jest ich ważenie i obliczanie wymiennika węglowodanowego z tablic, co wymaga dokładności, cierpliwości i wagi kuchennej. Przy stosowaniu WW należy pamiętać że:

- 1 WW = 10 g węglowodanów
- 1 WW podwyższa poziom cukru we krwi o 30- 50%
- 1 jednostka insuliny obniża poziom cukru o 30-50%

#### Wymienniki białkowo – tłuszczowe

Stężenie glukozy we krwi podnoszą nie tylko węglowodany. Tłuszcze i białka obecne w spożywanym posiłku powodują

spowolnienie wchłaniania węglowodanów, a tym samym wzrost glikemii w 4- 6 godzinie po posiłku. Uwzględnienie i wyliczanie ilości spożywanego białka i tłuszczu przyczynić się może do poprawy poposiłkowej glikemii. Na wzór wymiennika węglowodanowego ( WW), wprowadzono pojęcie wymiennika białkowo-tłuszczowego (WBT)

- 1 WBT to 100 kcal tłuszczu lub białka i tłuszczu
- 1g tłuszczu to około 9 kcal
- 1g białka to około 4 kcal
- 1g węglowodanów to około 4 kcal

#### Indeks Glikemiczny (IG)

Szereguje produkty spożywcze według tego, jak szybko po ich spożyciu rośnie we krwi stężenie cukru - glukozy. Indeks ten zwany jest również wskaźnikiem glikemicznym. Znajomość IG jest bardzo istotna, gdyż umożliwia kontrolę posiłków pod kątem ilości i tempa pozyskiwania glukozy. Gdy glukozy we krwi jest za mało, stopniowo tracimy siłę mięśni, gorzej pracuje energochłonny mózg itd. Kiedy natomiast glukozy we krwi jest za dużo, aktywowane są procesy metaboliczne sprzyjające tyciu. Produkty spożywcze zawierające węglowodany bardzo różnią się ich przyswajalnością i tempem wchłaniania. Indeks glikemiczny właśnie o tych różnicach informuje.

Niski wskaźnik Indeksu Glikemicznego sprzyja odchudzaniu.

Pokarm o niskim IG sprzyja odchudzaniu. Z takiego pokarmu glukoza powoli się uwalnia i wchłania w procesie trawienia. Stopniowo, niezbyt silnie i na dłuższy czas zwiększa się stężenie glukozy we krwi. Dłużej wówczas odczuwamy sytość (czyli mniej jemy), gdyż żywność jest trawiona powoli. Uczucie sytości podtrzymywane jest również przez zachodzące po jedzeniu procesy metaboliczne w organizmie.

Wysoki Indeks Glikemiczny sprzyja nadwadze

Po zjedzeniu posiłku zawierającego węglowodany o wysokim indeksie IG, które szybko są strawione i wchłonięte do organizmu, bardzo wzrasta poziom glukozy we krwi. Reakcją organizmu na potężną dostawę cukru jest duży wyrzut insuliny. Ta duża ilość hormonu obniża gwałtownie poziom cukru we krwi, często poniżej wartości wyjściowej (hipoglikemia!). Dodatkowo obecność insuliny hamuje proces spalania tłuszczu, i wręcz sprzyja jego magazynowaniu w komórkach ciała po posiłku. Spadek poziomu cukru we krwi wynikający z działania insuliny powoduje z kolei znów uczucie głodu, które najczęściej zaspakajamy kolejnymi produktami o wysokim IG. Nie spalamy tłuszczu, mamy wahania poziomu glukozy czyli ataki głodu i objadania się.

- niski indeks glikemiczny to wartość 55 lub mniej
- średni indeks glikemiczny to wartość pomiędzy 56-69
- wysoki indeks glikemiczny to wartość powyżej 70

#### Czym zastąpić cukier?

Cukier rafinowany jest źródłem energii, ale nie dostarcza przy tym naszemu organizmowi żadnych składników odżywczych. Wysokie spożycie cukru łączy się z występowaniem wielu chorób, m.in. cukrzycy i otyłości, które w krajach zachodnich i USA osiągnęły wręcz rozmiar epidemii. Obecnie uważa się, że jego codzienne spożycie nie powinno przekraczać 10% wartości energetycznej spożywanej diety, co średnio daje około 50 gram (łącznie z cukrem wchodzącym w skład produktów, np. napojów, słodczy itp.). U osób chorujących na cukrzycę

spożycie cukru powinno być ograniczone – do 5% wartości energetycznej diety (średnio około 25-30g).

Według badań bezpieczne i dozwolone w Polsce są następujące słodziki: acesulfam K, aspartam, kwas cyklaminyowy i jego sole - sodowa i wapniowa, sacharyna i jej sole: sodowa, potasowa i wapniowa, taumatyna, neohesperydyna DC, sukraloza, sól aspartamu i acesulfamu. Jednak najczęściej stosowany przez producentów żywności jest aspartam, który występuje w prawie 70% produktów typu „light” lub przeznaczonych dla diabetyków. Prawie połowa produktów tego typu zawiera w swoim składzie acesulfam K, a około 30% żywności słodzona jest mieszaniną obu wymienionych substancji. Słodziki (szczególnie aspartam, acesulfam K sukraloza i sacharyna) mogą być bezpiecznie spożywane przez większość pacjentów, ponieważ nie powodują one istotnych zmian stężenia glukozy i/lub insuliny we krwi. Zgodnie z najnowszymi amerykańskimi zaleceniami mogą być one stosowane jako zamienniki cukru, szczególnie w przypadku konieczności ograniczenia kaloryczności spożywanej diety. U osób szczególnie wrażliwych słodziki mogą nieraz wywoływać niepożądane, niezagrażające jednak w sposób istotny zdrowiu, skutki np. biegunkę czy wysypkę.

### Naturalne środki słodzące

Do tej grupy należą: sacharoza, fruktoza, glukoza, naturalny miód, syropy glukozowe oraz poliole: laktitol, izomalt, sorbitol, mannitol i ksylitol. Są to zwykle naturalne składniki żywności i obok smaku słodkiego pełnią również inne funkcje, np. działają konserwująco, nadają produktom charakterystyczne brunatne zabarwienie i aromat (efekt „chrupiącej skórki”). Wartość energetyczna naturalnych cukrowców wynosi około 4 kcal/g, ale co istotne w przypadku osób chorujących na cukrzycę, mają zróżnicowany indeks glikemiczny. Natomiast poliole są o około 40% mniej kaloryczne w porównaniu do cukrów naturalnych ze względu na odmiennie przebiegający proces trawienia i wchłaniania. Część spożytych poliolei nie ulega wchłonięciu w jelicie cienkim i przechodzi do jelita grubego, gdzie ulega fermentacji przy udziale bakterii. Poliole są więc znacznie wolniej absorbowane, przez co nie zwiększają gwałtownie poziomu glukozy we krwi i w konsekwencji nie stymulują wydzielania insuliny. Dzięki tym cechom stosowane są do produktów przeznaczonych dla cukrzyków.

Produkty zawierające w swoim składzie zamienniki cukru należy spożywać w umiarkowanych ilościach, zgodnych z indywidualnym planem dietetycznym (ilością wymienników węglowodanowych i wartością energetyczną diety). Największe zastosowanie w żywieniu osób z cukrzycą ma fruktoza. Ma ona niski indeks glikemiczny, co oznacza, że po jej spożyciu poziom glukozy we krwi podnosi się w znacznie mniejszym stopniu w porównaniu do np. glukozy. Tak więc umiarkowane spożycie fruktozy przez osoby chorujące na cukrzycę jest dopuszczalne. Należy jednak pamiętać, że spożywanie większych ilości fruktozy przez dłuższy czas może pogarszać profil lipidowy (szczególnie triglicerydy).

### Wybór produktów żywnościowych według trzech list

Lista zielona – produkty przedstawione na tej liście można spożywać stale, w większych ilościach, ale zgodnie z indywidualnym przepisem dietetycznym i określonym zapotrzebowaniem na energię:

- pieczywo- chleb, najlepiej pełnoziarnisty, razowy, mieszany, bez dodatków różnych substancji, także pieczywo

białe, bułki, obwarzanki, rogalce

- ryż, makarony, kasze
- mleko odtłuszczone (0,5- 1,0 procentowe) chudy twaróg
- białe ser, chudy- zgodnie z zaleceniami dietetycznymi
- chude mięsa- szczególnie cielęcina, mięso białe, wędliny z drobiu, także dziczyzna - drób (zawsze bez skóry) kurczak, kura, indyk, perliczka, wyłączając gęś i kaczkę - tłuszcze- miękkie margaryny zawierające oleje roślinne mające zmniejszoną ilość tłuszczu i cholesterolu, produkowane bez procesu utwardzania
- oleje roślinne- sojowy, rzepakowy, bezerukowy, słonecznikowy oraz oliwa zawierająca korzystne kwasy tłuszczowe (omega 3, omega 6)
- ziemniaki, wszystkie gatunki
- jarzyny i soki jarzynowe- wszystkie rodzaje świeżych lub mrożonych warzyw i soków warzywnych
- wszystkie rodzaje owoców
- napoje- wody mineralne, soki jarzynowe bez ograniczeń, cola light, kawa, herbata
- obowiązuje ogólna zasada umiaru
- dieta śródziemnomorska- oliwa, ryby, jarzyny, produkty z ciemnej mąki

Lista czerwona- produktów zawartych na tej liście chory na cukrzycę nie powinien spożywać:

- cukier, miód, melasa, słodkie i tłuste ciasta, czekolada, cukierki, lody, dżemy, konfitury, słodkie soki owocowe
- makarony wielojajeczne, słodkie i tłuste ciasta wytwarzane przemysłowo
- pełne mleko oraz jego przetwory, śmietana, tłuste żółte sery, napoje słodzone, kaloryczne batony na cukrze i tłuszczu, chałka
- mięso wieprzowe, kielbasy, salceson, kiszka, baranina, słonina, smalec, wątroba, mózdzek
- tłuste ryby- śledź, węgorz, konserwy rybne w oleju, mięczaki i owoce morza, ostrygi, małże, kalmary, homary
- żółtka jaj
- masło, słonina, smalec, olej kokosowy, majonez
- frytki, chipsy, ziemniaki w tłuszczu
- owoce kandyzowane, owoce w cukrze, owoce suszone, rodzynki, orzechy, daktyle
- napoje alkoholowe, szczególnie zawierające więcej niż 8 proc. alkoholu
- płyny słodzone cukrem (z wyjątkiem bezcukrowych, typu light)

Lista żółta- produkty, które można spożywać rzadko w bardzo małych ilościach, zgodnie z indywidualnymi zaleceniami dietetycznymi:

- pieczywo białe słodzone( np. chałka) ryż łuskany
- dżemy niskocukrowe, marmolada, miód, ciasto z owocami, ciasto drożdżowe
- mleko skondensowane, jogurty, mieszanki mleczne z dodatkiem cukru i śmietany, jaja
- ryby- makrela, śledź, łosoś, pstrąg
- mięso wołowe
- konserwy jarzynowe, owoce awokado, oliwki
- owoce konserwowe
- lemoniada, soki owocowe o znacznej zawartości cukru, cola-cola

### Dieta redukcyjna przy otyłości

Większość osób chorująca na cukrzycę typu 2 ma nadwagę lub



jest otyła. Pozbycie się zbędnych kilogramów przyczynia się do poprawy stężenia glukozy we krwi. Zmniejszenie masy ciała pozwala zmniejszyć dawki leków, insuliny lub tabletek, a czasem z nich zrezygnować. Poza tym zmniejsza się stężenie cholesterolu i triglicerydów. Ubytek masy ciała o 10kg skutkuje spadkiem stężenia triglicerydów o 30%, cholesterolu całkowitego o 10%, natomiast LDL-cholesterolu o 15%. W skład zalecanej diety niskoenergetycznej powinny wchodzić: białko 15-20% ogółu energii, węglowodany złożone 50-60%, tłuszcze 25-30% oraz błonnik 25-30g na dobę. W leczeniu otyłości stosuje się na ogół diety o wartości energetycznej 800- 1500 kcal na dobę. Dieta zależy od stopnia otyłości, wieku, możliwości chorego oraz wykonywanej pracy i trybu życia. Kuracje odchudzające są zazwyczaj długotrwałe. Nie należy tracić na wadze więcej niż 1 kg tygodniowo. Idealne tempo redukcji masy ciała to 1-3 kg miesięcznie.

### Przykładowe jadłospisy z uwzględnieniem wymienników węglowodanowych:

Dieta 1200 kcal

Śniadanie 360 kcal, 5 WW

Jogurt naturalny 0,5% tł. (150 g) 1 opakowanie  
 Muesli (20 g) 2 płaskie łyżki  
 Kanapka z szynką z kurczaka i papryką:  
 – bułka grahamka (50 g) 1 sztuka  
 – margaryna (5 g) 1 płaska łyżeczka  
 – szynka z piersi kurczaka (20 g) 2 plasterki  
 – papryka czerwona lub zielona (100 g) 1/2 dużej  
 Herbata bez cukru

II śniadanie 120 kcal 2WW

Brzoskwinia (100 g) 1 średnia lub jabłko (140 g) 1 średnie  
 Maślanka (200 g) 0,5% tł. 1 niepełna szklanka

Obiad 420 kcal 6 WW

Zupa jarzynowa:  
 – włoszczyzna (60 g)  
 – olej (4 g) 1 łyżeczka  
 – brukselka (50 g) 1/2 szklanki  
 – ziemniaki (50 g) 1 mały  
 Potrawka z kurczaka z ryżem:  
 – udo kurczaka (mięso bez skóry – 80 g)  
 – olej (4 g) 1 łyżeczka  
 – ryż (30 g) 2 płaskie łyżki  
 Marchewka z jabłkiem:  
 – marchewka (100 g) 1 szklanka  
 – jabłko (100 g) 1 małe  
 Woda mineralna

Kolacja 300 kcal 4 WW

Kanapki z tuńczykiem:  
 – chleb Graham (80 g) 2 kromki  
 – margaryna (10 g) 2 płaskie łyżeczki  
 – tuńczyk z wody (40 g) 2 łyżki  
 Sałatka z pomidora i papryki:  
 – pomidor (100 g) 1 średni  
 – papryka czerwona lub zielona (50 g) 1/4 dużej  
 Herbata bez cukru

Dieta 1500 kcal

I śniadanie 450 kcal, 6WW

Kanapki z serem, szynki i pomidorem:  
 – chleb żytni razowy (80 g) 2 kromki  
 – margaryna (10 g) 2 płaskie łyżeczki  
 – serek twarogowy (80 g) 2 czubate łyżki  
 – szynka z kurczaka (20 g) 1 plaster  
 – pomidor (150 g) 1 duży  
 Sok marchwiowy (200 g) 1 niepełna szklanka

II śniadanie 225 kcal 3 WW

– płatki kukurydziane (20 g) 5 płaskich łyżek  
 – otręby pszenne (10 g) 1,5 łyżki  
 – kefir 0,5% tł. (150 g) 1 mały kubek

Obiad 450 kcal 6 WW

Kapuśniak:  
 – kapusta biała (100 g) 3 liście  
 – włoszczyzna (60 g)  
 – olej (4 g) 1 łyżeczka  
 – ziemniaki (50 g) 1 mały  
 Ryba duszona w jarzynach:  
 – morszczuk (80 g)  
 – olej (4 g) 1 łyżeczka  
 – marchew (50 g) 3 łyżki  
 – włoszczyzna (50 g)  
 Ziemniaki z wody (100 g) 2 małe  
 Surówka z cykorii:  
 – cykoria (50 g) 1 mała  
 – olej (4 g) 1 łyżeczka  
 Woda mineralna

Kolacja 375 kcal 5 WW

Chleb żytni razowy (80 g) 2 kromki  
 Połędwica w galarecie (80 g)  
 Kalafor z wody (150 g) 3/4 szklanki  
 Herbata bez cukru

Dieta 1800 kcal

I śniadanie 540 kcal, 7 WW

Zupa mleczna:  
 – mleko 0,5% tł. (250 g) 1 szklanka  
 – Muesli z orzechami (20 g) 2 łyżki  
 Kanapki z kiełbasą z kurczaka:  
 – chleb żytni razowy (80 g) 2 kromki  
 – margaryna (10 g) 2 płaskie łyżeczki  
 – kiełbasa delikatesowa z kurczaka (50 g) 8 plasterków  
 Surówka z pora i jabłka:  
 – por (100 g) 1 średni  
 – jabłko (50 g) 1/2 małego  
 Herbata bez cukru

II śniadanie 270 kcal, 3 WW

Kanapka z serkiem homogenizowanym:  
 – bułka grahamka (50 g) 1 mała  
 – serek homogenizowany (40 g) 2 łyżki  
 Mandarynki (100 g) 2 sztuki lub jabłko (100 g) 1 małe

Obiad 540 kcal, 8 WW

Zupa ogórkowa:

- ogórek kiszony (100 g) 1 duży
- włoszczyzna (60 g)
- olej (4 g) 1 łyżeczka
- ziemniaki (100 g) 2 małe

Gołąbki z mięsa mieszanego z ryżem (115 g) 1 mały  
+ 50 g sosu (3 łyżki)

Surówka z pomidorów i cebuli:

- pomidor (100 g) 1 średni
- cebula (20 g) 4 kromki
- olej (4 g) 1 łyżeczka

Mandarynka (50 g) 1 mała lub jabłko (50 g) 1/2 małego  
Woda mineralna

Kolacja 450 kcal, 7 WW

Kanapki z szynki:

- chleb żytni razowy (90 g) 3 cienkie kromki
- margaryna (15 g) 3 płaskie łyżeczki
- szynka gotowana (40 g) 2 plastry

Marchew z jabłkiem:

- tarta marchew (100 g) 1 szklanka
- jabłko (50 g) 1/2 małego

Sok pomidorowy (200 g) 1 niepełna szklanka

Leczenie dietą jest najstarszą i najdłużej stosowaną metodą terapii cukrzycy. Cukrzyca jest chorobą przewlekłą, trwającą najczęściej przez całe życie, dlatego uważa się, że żywienie w niej musi zapewnić choremu prawidłowy rozwój organizmu, pełną zdolność do pracy a także dobre samopoczucie. Obecna zasada leczenia dietetycznego cukrzycy zaleca choremu spożywanie posiłków składających się z dostatecznej ilości węglowodanów oraz niezbędnej ilości białka i tłuszczu. Dzięki tej zasadzie diety dla chorych stały się bogatsze i bardziej urozmaicone. Nie zezwala ona jednak na jedzenie wszystkiego bez ograniczeń. Pewne ograniczenia dietetyczne są konieczne, ponieważ organizm chorego na cukrzycę na skutek braku insuliny lub jej niedoboru nie może przyswajać składników pożywienia w takim samym stopniu jak organizm zdrowy. ■

Martyna Kiliańczyk

Literatura u autora

## OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO PRZESZCZEPIE SERCA

### KIEDY TRANSPLANTACJA?

- Nieodwracalne uszkodzenie narządu
- Krótki przewidywany czas przeżycia chorego
- Brak innych możliwości leczenia zachowawczego i chirurgicznego
- Brak przeciwwskazań do zabiegu

Co wyróżnia człowieka z przeszczepionym sercem?

1. Leczenie immunosupresyjne
2. Odmienność fizjologia pracy przeszczepionego serca

### Rytm pracy przeszczepionego serca

- odnerwienie serca – przewaga układu współczulnego – skłonność do tachykardii,

- objawy kliniczne bradykardii możliwe już przy HR < 80/min,
- rytm najczęściej zatokowy, ale zał. P często niewidoczne w EKG, czasem widoczne zał. P „starych” przedsionków,
- zasadność stosowania beta-blokerów, nawet przy HR > 120/min kontrowersyjna.
- Opieka pielęgniarska w okresie wczesnym po oht.
- Ból rany pooperacyjnej – podawanie środków przeciwbólowych na prośbę pacjenta.
- Stabilizacja mostka – przytrzymywanie klatki piersiowej specjalną ramą lub rękami.
- Trudności w oddychaniu – oklepywanie co 4-6h, dmuchanie w butelkę, wietrzenie sali.
- Obrzęki kończyn – ścisły bilans płynów, przyjmowanie co najmniej 2l\dobę, codzienne ważenie.

Zaburzenia układu krążenia

- stały monitoring RR i HR,
- lub kontrola RR i HR 6 x dziennie
- kontrola Ekg 2 x w tygodniu
- Brak apetytu – posiłki wysokokaloryczne, wysokobiałkowe, bogate w witaminy. Podawanie posiłków w mniejszych ilościach ale częściej.
- Zaburzenia gospodarki węglowodanowej – dieta bezcukrowa, częsta kontrola poziomu cukru, podawanie insuliny wg glikemii.
- Grzybica jamy ustnej – (jako efekt uboczny działania leków immunosupresyjnych)
  - mycie zębów po każdym posiłku
  - płukanie jamy ustnej Nystatyną 6 x dziennie.
  - Kontrola jamy ustnej przez lek. piel. przynajmniej 1xdz
  - pobranie wymazu z j. ustnej w razie potrzeby.
  - Włączenie leczenia przeciwgrzybiczego w razie potrzeby.
- Drżenie rąk, nadmierny porost włosów oraz przerost dziąseł – objawy te są skutkami ubocznymi CSA i FK506 – zmniejszają się, a nawet ustępują po ustabilizowaniu się poziomów tych leków w surowicy
- Zmiany na skórze spowodowane przyjmowaniem sterydów – kąpiel 2 x dz.
- i przemywanie zmian spirytusem
- Zaburzenia emocjonalne – przeżycia związane z operacją i okresem rekonwalescencji są dla organizmu olbrzymim szokiem, którego efektem mogą być zaburzenia emocjonalne od apatii do euforii
  - cierpliwe odpowiedzi na nurtujące pytania pacjenta
  - wsparcie rodziny pacjenta.
  - Opieka psychologa

### BIOPSJA MIĘŚNIA SERCOWEGO

Jest to pobranie wycinka mięśnia sercowego przez żyłę szyjną lub udową i histopatologiczna ocena wycinka pod kątem objawów wskazujących na ewentualne odrzucanie serca przeszczepionego

#### Okresy wykonywania biopsji mięśnia sercowego

- W 1-szym m-cu po przeszczepie – co tydzień
  - W 2-gim m-cu po przeszczepie – co 2 tygodnie
  - W 3-cim m-cu po przeszczepie 1 x w miesiącu
  - Od 4-tego miesiąca po przeszczepie do 1 roku – co 3 miesiące
  - Po roku – co 6 miesięcy
  - Po 2 latach – 1 x w roku (kontrola w Por. Tran co 6 m-cy)
  - Po stwierdzeniu odrzucania – kontrolna biopsja po ok. 7 dniach
- Ocena odrzucania komórkowego wg. skali ISHLT:
- 0 - bez cech ostrego odrzucania komórkowego (AR),
  - 1A - łagodne ogniskowe AR - ogniskowy naciek limfocytarny bez martwicy,





- 1B - łagodne rozlane AR - rozlany naciek limfocytarny bez martwicy,
- 2 - jednoogniskowe umiarkowane AR - pojedynczy, ogniskowy naciek z uszkodzeniem miocytów,
- 3A - wieloogniskowe umiarkowane AR - wieloogniskowe nacieki z martwicą miocytów,
- 3B - rozlane, wieloogniskowe, granicznie ciężkie AR - rozlany naciek polimorfonuklearny z martwicą miocytów,
- 4 - ciężkie AR - rozsiany polimorfonuklearny naciek z martwicą miocytów i naczyń.

#### Leki immunosupresyjne

- Cyklosporyna-A
- Takrolimus – FK506 (prograf, advagraf)
- Kwas Mykofenolowy (CellCept)
- Sirolimus (Rapamycyna)
- Everolimus (Certican)
- Azatiopryna
- Sterydy (encorton, solu-medrol)

#### Co wynika z faktu zastosowania immunosupresji?

- Choroby nowotworowe
- Objawy toksyczności leków immunosupresyjnych
- Odrzucanie w przypadku niedostatecznej immunosupresji
- Infekcje

#### Objawy uboczne po CSA

- Upośledzenie funkcji nerek
- Nadciśnienie tętnicze
- Obniżenie progu drgawkowego
- Drżenie rąk
- Nadmierne owłosienie
- Przerost dziąseł
- Hypercholesterolemia

#### Objawy uboczne po Fk506

- Upośledzenie funkcji nerek
- Działanie diabetologiczne
- Działanie neurotoksyczne
- Łysienie

#### Interakcje lekowe CSA, FK506 i Rapamycyny

##### Podnoszą poziom:

- Ketokonazol i itrakonazol
- Diltiazem i werapamil
- Allopurinol
- Amiodaron
- Erytromycyna
- Ciprofloksacyna
- Estrogeny i progestageny

##### Obniżają poziom:

- Rifampisyna i izoniazyd
- Biseptol
- Karbamazepina
- Fenytoina
- Fenobarbital

##### Postępowanie w przypadku infekcji bakteryjnych

- antybiotykoterapia celowana - z wyjątkiem wskazań nagłych
- wczesne zastosowanie immunoglobulin przy podejrzeniu uogólniania się infekcji
- wielokrotne pobrania materiału do badania bakteriologicznego

- profilaktyczna antybiotykoterapia: zabiegi, biopsje, koronarografie, głęboki dostęp naczyniowy, zabiegi stomatologiczne itp.

#### Infekcje wirusowe

- ich częstość osiąga maksimum powyżej 1. miesiąca od zabiegu
- wirus cytomegalii (CMV) - najczęstsza przyczyna infekcji u pacjentów z immunosupresją
- postacie: uogólniona, szpikowa, ch. wrzodowa, wątrobo- wa, płucna, nerkowa, sercowa
- leczenie: gancyklowir, przeciwciała ludzkie
- wirus Epsteina-Barr (EBV)
- postacie: mononukleozą zakaźną, WZW, nieskutecznie leczona może przejść w PTLD (najczęściej: chłoniak B- komórkowy)
- WZW typ B i C – leczenie: lamiwudyna, famcyklowir
- półpasiec

#### Infekcje grzybicze

- zakażenia oportunistyczne - pojawiają się najczęściej przy silnej immunosupresji, intensywnej antybiotykoterapii, ciężkim stanie ogólnym pacjenta i jego niskiej higienie
- najczęstsza lokalizacja - jama ustna
- profilaktyka łatwiejsza niż leczenie – nystatyna
- ketokonazol – profilaktyka (?) i oszczędność CSA
- leczenie: flukonazol, flucytozyna, amfoterycyna-B

#### Infekcje pierwotniakowe

- najczęstsze – pneumocystodoza i toksoplazmoza
- profilaktyka – małe dawki Biseptolu – 480 mg/d po i mniej- sze
- leczenie – duże dawki Biseptolu – 120 mg/kg m.c./d po. lub iv

#### Opieka pielęgniarska w okresie późnym po oht

- Kontrola w poradni transplantacyjnej do ukończenia 1-go roku co 3 m-ce
- Po 1-wszym roku co 6 miesięcy
- Stała konsultacja telefoniczna w razie potrzeby
- Monitorowanie samokontroli przez piel.
- Monitorowanie przez piel. przestrzeganie terminów wizyt (jeśli brak kontaktu prosba o pomoc policji)

#### Zasady postępowania po okresie szpitalnym

- Ograniczenie wizyt odwiedzających gości w pierwszych 3 miesiącach
- Seks – tak ale do zagojenia się mostka – bierny
- Papierosy – NIE
- Alkohol – NIE
- Praca – TAK po upływie roku
- Aktywność fizyczna - TAK
- Posiłki – dieta niskotłuszczowa i niskowęglowodanowa
- Leki – ścisłe i systematyczne przyjmowanie leków immunosupresyjnych (8:00 i 20:00) – ważne przy oznaczaniu poziomu leków w surowicy
- Samokontrola
- Utrzymywanie wagi ciała – codzienne ważenie się
- Kontrola RR i HR 2 x dziennie
- Objawy chorobowe – kontakt z lekarzem 1-go kontaktu
- Zmiany na skórze – wizyta u dermatologa zabiegi
- Stomatolog – brak przeciwwskazań do stosowania znie- czulenia, ale konieczność włączenia osłonowo antybiotyku
- Zabiegi chirurgiczne - brak przeciwwskazań do stosowania znieczulenia miejscowego lub ogólnego – osłona antybio- tykowa, uwaga na nefrotoksyczność podawanych leków i odpowiednie nawodnienie

#### Późne powikłania po oht

- choroba tt. wieńcowych przeszczepionego serca

- zmiany miażdżycowe
- waskulopatia przeszczepionego serca
- choroby nowotworowe
- najczęstsza lokalizacja: skóra, płuca, prostata
- nadciśnienie tętnicze
- przewlekła niewydolność nerek
- upośledzenie funkcji wątroby
- cukrzyca
- dyslipidemie
- powikłania naczyniowe
- miażdżycy tt. obwodowych
- upośledzenie krążenia żylnego w kończynach dolnych
- udar niedokrwienny mózgu

#### Zadania pielęgniarki transplantacyjnej

- Nauka kontroli RR, HR i poziomu cukru oraz sprawdzanie tych parametrów
- Zebranie szczegółowego wywiadu przy najbliższej kontroli ale również telefonicznie aby zweryfikować objawy odrzucania lub innej choroby
- Obserwacja czy występują niepokojące zmiany np. skórne, w jamie ustnej itp.
- Kierowanie pacjenta do odpowiednich konsultantów np. dermatolog, diabetolog, chirurg, psychiatra, psycholog
- Stała współpraca z rodziną chorego oraz jej wsparcie
- Przeprowadzenie wywiadu środowiskowego
- W razie potrzeby (alkoholizm, nie stawianie się na wyznaczone badania)

#### Czego pacjentowi po oht nie wolno

- Jeść grejpfrutów – podnoszą poziom leków immunosupresyjnych w surowicy

#### Co pacjent po oht ma obowiązek

- Przyjmować minimum 2-3 litrów płynów na dobę w celu wymuszenia diurezy
- Dbać o higienę osobistą i swojego otoczenia

#### Stowarzyszenie transplantacji serca zrasza ludzi po OHT oraz ich przyjaciół

#### Cele i zadania sts

- Pomoc ludziom po OHT(materialna, społeczna i duchowa)
- Integracja środowiska
- Organizacja rehabilitacji
- Organizacja warsztatów psychologicznych
- Organizacja spotkań integracyjnych
- Propagowanie idei transplantacji ■

Agnieszka Kostrzewa

#### Literatura u autora

## Promocja i edukacja zdrowotna w szkole

### Promocja i edukacja zdrowotna

Edukacja zdrowotna to całokształt działań, które zmierzają do kształtowania zachowań zdrowotnych ludzi, by mogli prowadzić zdrowy tryb życia i przyczynić się do umacniania zdrowia, a także rozwijać kompetencje skutecznego wpływu na zdrowie własne i społeczności, w której żyją. Edukacja zdrowotna jest elementem działań we wszystkich obszarach promocji zdrowia. Jest kluczowym narzędziem promocji zdrowia. Edukacja zdrowotna poprzez środki masowego przekazu ma charakter bezosobowy i obejmuje podnoszenie

świadomości społeczności wokół problemów zdrowotnych oraz poradnictwo w zakresie zagrożeń.

Proces edukacji przebiega w ramach relacji nauczyciel – uczeń, lekarz – pacjent.

Oczywiste jest, aby edukacja była bardziej skuteczna powinna być kierowana do jednostek, grup organizacji. Efektywność edukacji zależy od:

- Ogólnego poziomu materialnego i kulturalno – społecznego
- Stanu przedmiotów i urzędzeń służących zdrowiu
- Dojrzałości potrzeb
- Powszechnej zgodności oddziaływania wychowawczo – zdrowotnego

Edukacja zdrowotna jest procesem długotrwałym i nie ogranicza się tylko do dzieciństwa i młodości, ale obejmuje całe życie człowieka, w którym występują wciąż nowe problemy i potrzeby zdrowotne. Cecha dobrej edukacji jest jej indywidualny charakter i całościowe podejście do problemu. Istotny jest w niej czynnik terapeutyczny.

Edukacja zdrowotna ma na celu pomagać człowiekowi:

- Poznać i lepiej zrozumieć siebie i swoje otoczenie.
- Wiedzieć i zrozumieć, co wpływa pozytywnie, a co negatywnie na zdrowie i samopoczucie (fizyczne, psychiczne, społeczne).
- Rozwijać umiejętności, które umożliwiają prozdrowotny styl życia oraz pozwala radzić sobie ze zmianami i trudnościami.
- Podejmować odpowiednie wybory i decyzje służące ochronie, utrzymaniu i poprawie zdrowia, uwzględniając przy tym potrzeby innych ludzi i środowiska.
- Identyfikować własne potrzeby i problemy zdrowotne, podejmować działania w celu ich rozwiązania.

Karta Ottawska z 1986r. mówi, że promocja zdrowia jest to proces umożliwiający ludziom zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz jego poprawę. Jest to pojęcie szerokie ponieważ obejmuje edukację zdrowotną oraz działania ukierunkowane na zmiany w środowisku społecznym, w funkcjonowaniu służb społecznych oraz na tworzeniu społeczności systemu wsparcia dla zdrowia. Karta ottawska określiła warunki pozyskiwania zdrowia, do których zalicza się: pokój, ochronienie, wykształcenie, żywność, dochody, stabilny ekosystem, zrównoważone zasoby, sprawiedliwość społeczna i równość, oraz podała strategie umożliwiające osiągnięcie odpowiednich rozwiązań. Między zdrowiem w skali globalnej i rozwojem społeczeństwa nie stoi brak pieniędzy, który miał hamować postęp, ale brak odpowiedniego kierowania sprawami zdrowia.

Skuteczność w promowaniu zdrowia wymaga działań wielu sektorów takich, jak: polityka, ekonomia, edukacja, kultura fizyczna, służba zdrowia, rodzina.

Tworzenie warunków do rozwijania edukacji społeczeństw przynosi wielostronne korzyści. Wykształcenie sprzyja nabywaniu odpowiedniej wiedzy, a także kształtowaniu postaw i umiejętności, które są ważne dla utrzymania zdrowia. Wychowanie w tym kierunku jest szczególnie ważne dla dzieci i młodzieży. Eksperymentowanie ze środkami uzależniającymi są, jako forma sprzeciwu wobec norm obowiązujących we współczesnym świecie, a także, jako objaw trudności dorastania w tym świecie. Korzenie sprzeciwu tkwią w braku zrozumienia i akceptacji ze strony świata dorosłych oraz przedstawicieli tego świata, którzy znajdują się w najbliższym otoczeniu



społecznym młodzieży do, którego należą rodzice i nauczyciele.

Ideą programów promocji zdrowia jest, aby każdy człowiek nauczył się kontrolować swoje zdrowie i o nie dbał. Jako praktyczna strategia działa bardziej efektywnie, gdy jest umieszczona w kontekście miejsca ludzkiego życia, pracy, nauki, rozrywki i uzyskiwania opieki zdrowotnej. Promocja zdrowia jest sumą działań edukacyjnych i wsparcia społecznego, politycznego, organicznego, ekonomicznego i prawnego. Celem jest zachowanie zdrowia i podnoszenie jakości życia. Jest ona kombinacją działań edukacyjnych i odpowiedniego wsparcia: społecznego, politycznego, organizacyjnego, ekonomicznego, prawnego, taktycznego dla zachowań sprzyjających zdrowiu.

Koncepcja promocji zdrowia zaczęła się rozwijać w latach 70-tych XX wieku. Było to uwarunkowane wieloma przyczynami:

- akceptacją holistycznego podejścia do zdrowia, wzrostem zainteresowania zdrowiem i poprawą jakości życia,
- gotowością ludzi do kierowania swoim życiem,
- małą skutecznością tradycyjnej oświaty zdrowotnej,
- wzrastającą liczbą dowodów, że poprawa opieki zdrowotnej w niewielkim stopniu wpływa na poprawę stanu zdrowia społeczeństwa,
- rozwojem społeczności lokalnych i inicjatyw na rzecz zdrowia w różnych społecznościach (społeczne ruchy prozdrowotne) w miejsce programów ustalanych centralnie,
- wzrostem zainteresowania zdrowiem wśród przedstawicieli nauk społecznych i rozwojem badań naukowych w tym zakresie.

Koncepcja promocji zdrowia stała się kluczową strategią WHO do realizacji kolejnych programów „Zdrowie dla Wszystkich”. Uważa się, że edukacja zdrowotna koncentruje się na jednostkach, a promocja zdrowia dotyczy głównie systemów społecznych i jest:

- procesem zmian społecznych służących rozwojowi ludzi,
- sztuką interwencji w systemy społeczne i zachęcanie ich, aby rozwijały się w kierunku zdrowych środowisk.

Osiągnięcie sukcesu w dziedzinie edukacji zdrowotnej uzależnione jest od: motywacji, argumentacji, sprawności uczenia się, sposobu przekazywania informacji, doboru właściwych metod i form działania. ■

Wioletta Nowacka-Zarzycka

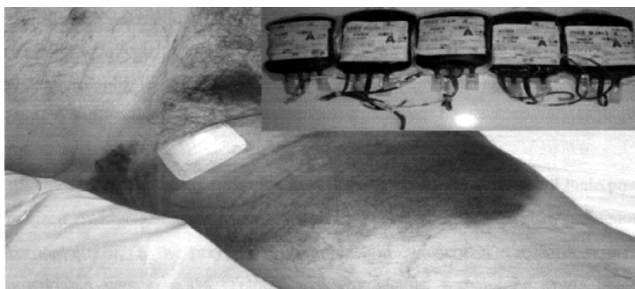
## Powikłania miejscowe po nakłuciu tętnicy udowej.

Ze względu na głęboki przebieg tętnicy udowej i jej dużą średnicę uzyskanie homeostazy po usunięciu koszulki naczyniowej nie jest proste. Pomimo zastosowanego opatrunku uciskowego, długotrwałego unieruchomienia chorego, oraz postępu technicznego ryzyko powikłań miejscowych jest dość duże.

Do najczęstszych powikłań zaliczamy:

- krwiaki,
- krwawienia zaotrzewnowe,
- przetokę tętniczo – żylną,
- neuralgię udową,
- tętniaka rzekomego.

Krwiak – jest najczęstszym powikłaniem występującym po nakłuciu tętnicy udowej. Jest to około 15 – 20% występowania wszystkich krwiaków. Duże krwiaki uda często przebiegają ze spadkiem hemoglobiny nawet o 30 – 50 g/l, co prowadzi do anemii i stanowi duże powikłanie krwotoczne (Zdjęcie 1). Leczenie krwaka uda jest najczęściej zachowawcze. Należy monitorować jego rozmiar i w razie jego powiększenia się ponownie zastosować opatrunek uciskowy, obłożyć lodem jego okolice, zlecić kontrolną morfologię.



Zdjęcie 1. Krwiak w miejscu nakłucia tętnicy udowej.

**Krwawienie wewnątrzotrzewnowe** – jest spowodowane nakłuciem tętnicy powyżej więzadła pachwinowego. Przebiega skompoobjawowo, co utrudnia jego wcześniejsze wykrycie. Wylew krwi do przestrzeni wewnątrzotrzewnowej występuje rzadko około 0,15 – 0,44%. Objawy to niespecyficzne bóle brzucha lub pleców, oraz niewyjaśniony spadek ciśnienia i hematokrytu. Rozpoznanie można potwierdzić za pomocą tomografii komputerowej. Leczenie to przetoczenie preparatów krwi, zaprzestanie podawania i odwrócenie działania leków antykoagulacyjnych, a w ostateczności interwencja chirurgiczna.

**BiRaKo**<sup>®</sup>  
DRUKI MEDYCZNE

Zamówienia telefoniczne:  
tel. 34 365 16 86  
DOSTAWA GRATIS

Częstochowa  
ul. Kościuszki 13 p.28  
pn-pt, godz. 8<sup>00</sup> - 16<sup>00</sup>

**DRUKI MEDYCZNE**  
**ARTYUŁY BIUROWE**  
**KUPONY REKUS**

**Przetoka tętniczo – żylna** – jest to jatrogenne połączenie pomiędzy tętnicą a żyłą. Powstaje najczęściej po usunięciu koszulki naczyniowej. Objawem jest szmer skurczowo – rozkurczowy. W badaniu dopplerowskim uzyskujemy potwierdzenie rozpoznania. Leczenie to zastosowanie ucisku, przeszkońska implantacja stentografu lub korekcja chirurgiczna.

**Neuralgia udowa** – jest to postać krwiaka lub zakrzepicy tętniczej. Spowodowana jest najczęściej długotrwałym uciskiem.

**Tętniak rzekomy tętnicy udowej** – jest to torebka łącznotkankowa powstała na skutek nakłucia tętnicy udowej i wydostania się krwi poza naczynie. Składa się z szyjki wychodzącej z miejsca wkłucia koszulki naczyniowej i torebki. Jest to stosunkowo częste powikłanie ok. 0,1 – 1 % przy zabiegach diagnostycznych i ok. 6,3% podczas angioplastyki ze względu na konieczność utrzymania koszulki naczyniowej. Podejrzanie tętniaka rzekomego nasuwa się kiedy pacjent zgłasza ból w miejscu nakłucia z wyczuwalnym pulsowaniem. Rozpoznanie można potwierdzić za pomocą ultrasonografii, badaniem dopplerowskim, za pomocą głowicy liniowej. Leczenie to:

- przedłużony opatrunek uciskowy,
- celowany ucisk głowicą USG doprowadzający do zamknięcia się szyi tętniaka,
- wykrzeplenie jamy tętniaka przez wstrzyknięcie trąbiny do światła tętniaka,
- operacja naczyniowa.

Postępowanie niefarmakologiczne, mające na celu ograniczenie powikłań krwotocznych w miejscu nakłucia tętnicy, obejmuje wykorzystanie urządzeń do zamykania miejsca wkłucia (tampony, korki kolagenowe, lub szwy czy klipsy naczyniowe), oraz dojścia z tętnicy promieniowej. Dostęp udowy preferuje się u chorych niestabilnych hemodynamicznie, ponieważ umożliwia to zastosowanie kontrapulsacji wewnątrzortralnej.

**Zakażenie** – nakłucie tętnicy celem wykonania zabiegów diagnostycznych niesie za sobą ryzyko powikłań infekcyjnych. Wkłucie naczyniowe może stanowić wrota zakażeń szerzących się drogą krwi tj. posocznica, ale także może powodować zakażenia miejscowe. Ryzyko to można zminimalizować zwracając uwagę na technikę wykonywania zabiegu i przestrzegania zasad aseptyki. Profilaktyczne podawanie antybiotyków nie jest konieczne, jednakże niektórzy operatorzy podają jednorazową dawkę antybiotyku.

#### **Powikłania miejscowe po nakłuciu tętnicy promieniowej.**

Nakłucie tętnicy promieniowej może prowadzić do jej okluzji, co powoduje problemy z ukrwieniem kończyny. Przed przystąpieniem do zabiegu należy wykonać test Allena, który ma za zadanie sprawdzenie krążenia obocznego przez tętnicę łokciową. Jest to powikłanie najczęściej występujące u osób o drobnej budowie ciała, u kobiet, oraz u osób z chorobą Bürgera.

Krwiak jest następnym powikłaniem występującym po nakłuciu tętnicy promieniowej. Osiąga on duże rozmiary, jednakże objętość wynaczynionej krwi jest niewielka i nie powoduje anemii, oraz nie wymaga przetoczenia preparatów krwi.



Zdjęcie 2. Krwiak po nakłuciu tętnicy promieniowej.

Pęknięcie naczyń drobnych jest nieszkodliwym powikłaniem ustępującym zazwyczaj w pierwszej dobie po usunięciu opatrunku uciskowego.

Bolesność przedramienia w okolicy nakłucia, mija z reguły po miesiącu stosowania środków miejscowych przeciwzapalnych i okładów z heparyny.

Tętniak rzekomy leczony jest przedłużonym opatrunkiem uciskowym dzięki czemu nie wymaga interwencji chirurgicznej.



Zdjęcie 3. Tętniak rzekomy po nakłuciu tętnicy promieniowej

Katarzyna Szymańska

Literatura u autora



## Informacje

### **Oferta kursów i szkoleń organizowanych przez Okręgową Izbę 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 pediatryczne

#### 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 pediatryczne
8. Pielęgniarstwo opieki długoterminowej
9. Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki
10. Pielęgniarstwo ratunkowe
11. Pielęgniarstwo onkologiczne
12. Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania

#### KURSY SPECJALISTYCZNE

1. Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07
2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa Nr 01/11
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. Pielęgowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie Nr 05/10
15. Leczenie ran – odleżyny Nr 11/07
16. Wykonanie konikopunkcji, odbarczenia odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego

#### SKOLENIA DOKSZTAŁCAJĄCE

1. Zasady dezynfekcji i sterylizacji
2. Cewnikowanie pęcherza moczowego
3. Badanie tętna płodu - zapis kardiokografii
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 pielęgniarkę
4. Dokumentowanie świadczeń pielęgniarzkich w świetle obowiązującego prawa
5. Kompresjoterapia w przewlekłej niewydolności żylniej i obrzęku limfatycznym

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

#### UWAGA!

**Zgodnie z § 2 pkt.4 Regulaminu dofinansowania kosztów kształcenia podyplomowego ponoszonych przez członków OIPIP w Częstochowie w przypadku ukończenia kursu podnoszącego kwalifikacje zorganizowanego przez inną jednostkę, a znajdującego się w ofercie ośrodka szkoleniowego OIPIP w Częstochowie, dofinansowanie kształcenia podyplomowego nie przysługuje.** ■

### 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.

Biały nalot na języku z plamistym obłożeniem świadczy o chorobach układu:

- a) pokarmowego,
- b) nerwowego,
- c) naczyniowego,
- d) moczowego.

##### Zadanie 2.

Zgłębnik Sengstakena i Blekmo'a założony u pacjenta z krwawieniem z żyłaków przełyku, powinien być założony na czas NIE dłuższy niż:

- a) 24 h,
- b) 36 h,
- c) 48 h,
- d) 60 h.

##### Zadanie 3.

Masywny krwotok z górnego odcinka przewodu pokarmowego prowadzi do wstrząsu:

- a) hipowolemicznego,
- b) septycznego,
- c) kardiogennego,
- d) neurogennego.

##### Zadanie 4.

Do powstawania zakażeń szpitalnych układu moczowego szczególnie predysponuje:

- a) płeć żeńska, instrumentacja dróg moczowych, obniżona odporność,
- b) przyjmowanie niesterydowych leków przeciwzapalnych, otyłość, długotrwała hospitalizacja,
- c) długotrwała antybiotykoterapia, niesprawność w poruszaniu się, klimakterium,
- d) płeć męska, przepuklina pachwinowa, przyjmowanie poniżej 1000 ml. płynów na dobę.





### Zadanie 5.

Które z wymienionych produktów cechują się niskim indeksem glikemicznym?

- a) ziemniaki, banan, biały chleb pszenny,
- b) jabłko, mleko, fasola szparagowa,
- c) ryż, makaron, płatki kukurydziane,
- d) biały chleb pszenny, mleko, arbuż.

### Zadanie 6

Do typowych objawów nadczynności tarczycy należą:

- a) spowolnienie funkcji psychicznych i motorycznych, senność, suchość skóry, obrzęki tkanki podskórnej,
- b) uczucie gorąca, drżenie rąk, kołatanie serca, chudnięcie, wzmożona potliwość,
- c) drżenie rąk, kołatanie serca, spowolnienie funkcji psychicznych, chudnięcie,
- d) kołatanie serca, wzmożona potliwość, nadmierna senność, uczucie gorąca, nadmierna masa ciała.

### Zadanie 7.

U pacjenta z hemofilią, staw objęty wylewem krwi należy unieruchomić w celu:

- a) zniesienia obrzęku,
- b) zahamowania krwawienia,
- c) zniesienia bólu,
- d) ograniczenia ruchu w stawie.

### Zadanie 8.

Po nakłuciu lędźwiowym pielęgniarka powinna poinformować pacjenta, aby przebywał w łóżku w pozycji leżącej:

- a) płaskiej na plecach przez 12-24 godziny, lecz przez pierwsze 2 godziny płaskiej na brzuchu,
- b) na brzuchu przez 12-24 godziny, lecz przez pierwsze 2 godziny płaskiej na plecach,
- c) na plecach przez 6-12 godzin, przez pierwsze 2 godziny w pozycji na brzuchu,
- d) na brzuchu przez 6- 12 godzin, przez pierwsze 2 godziny w pozycji na brzuchu.

### Zadanie 9.

Celem działań pielęgniarki w opiece nad chorą z rozpoznaną ostrą białaczką szpikową jest:

- a) ograniczenie ilości osób kontaktujących się bezpośrednio z chorą,
- b) zapobieganie infekcjom, podnoszenie odporności,
- c) stosowanie diety bogatobiałkowej zawierającej mikroelementy, sole mineralne witaminy,
- d) zachowanie sterylnej czystości najbliższego otoczenia chorej.

### Zadanie 10

Do najczęstszych powikłań poprzetoczeniowych, dotyczących przetaczania krwi, jej składników lub produktów krwiopochodnych zalicza się:

- a) przeciążenie krążenia i wstrząs anafilaktyczny,
- b) wstrząs septyczny,
- c) zakażenie przenoszone drogą krwi i zapalenie wątroby typu B i C,
- d) reakcje gorączkowe i alergiczne. ■

## Życzenia

Najlepsze życzenia to marzeń spełnienia.  
Bo cóż piękniejszego,  
niż własne marzenia?  
Wiek emerytalny po to  
jest nam dany, by realizować  
niespełnione plany...



## Pani Grażynie Patyk

w związku z zakończeniem pracy zawodowej  
i zasłużonym odejściem na emeryturę,  
podziękowania za długoletnią pracę,  
zaangażowanie na rzecz środowiska  
pielęgniarskiego, wspieranie chorych życzenia  
radości i dobrego zdrowia na dalsze lata  
składa  
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie.

## Gratulacje!

Serdeczne gratulacje w związku z uzyskaniem  
tytułu specjalisty  
Pielęgniarkom:

1. Wiolettcie Skowron - "Pielęgniarstwo diabetologiczne"
2. Katarzynie Szymańskiej - „Pielęgniarstwo kardiologiczne”
3. Iwonie Sobalskiej - „Pielęgniarstwo kardiologiczne”
4. Agnieszce Kostrzewa - „Pielęgniarstwo kardiologiczne”
5. Wiolettcie Nowackiej- Zarzyckiej - „Pielęgniarstwo kardiologiczne”
6. Ilonie Hyra - "Pielęgniarstwo opieki paliatywnej”
7. Elżbiecie Baryłka - "Pielęgniarstwo opieki długoterminowej”

Okręgowa Rada  
Pielęgniarek  
i Położnych  
w Częstochowie.



**XVIII Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa  
Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych**  
24-26 stycznia 2014 r.  
Częstochowa, Jasna Góra

„Śmierć jest całkowitą zagadką dopóki się człowiek do niej nie zbliży”  
Cecily Saunders

www.hospicjum-konferencja.pl

**KOMUNIKAT I**

Szanowni Państwo,

W imieniu Komitetu Naukowego i Organizacyjnego mamy zaszczyt i przyjemność zaprosić Szanownych Państwa na XVIII Międzynarodową Konferencję Naukowo – Szkoleniową Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych pt.: „Śmierć jest całkowitą zagadką dopóki się człowiek do niej nie zbliży” *Cecily Saunders*, która odbędzie się w dniach 24-26.01.2014 r. w Częstochowie na Jasnej Górze.

Do uczestnictwa w Konferencji zapraszamy pielęgniarki, lekarzy, psychologów, fizjoterapeutów, pedagogów, pracowników socjalnych, duszpasterzy, wolontariuszy, studentów oraz wszystkie osoby zainteresowane zagadnieniami z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Wykłady i warsztaty poprowadzą eksperci i praktycy zaangażowani w ruchu hospicyjnym i opiece paliatywnej w Polsce i na świecie. Mamy nadzieję, że spotkanie w gronie specjalistów pozwoli na zdobycie i aktualizację wiedzy oraz umożliwi wymianę poglądów i doświadczeń w zakresie opieki nad pacjentami u kresu życia i ich rodzinami.

Wśród zaproszonych gości wystąpią między innymi:

- Prof. dr hab. n. med. Krystyna de Walden-Gałuszko, Prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego, Gdańsk,
- Prof. Christina Puchalski, The George Washington University School of Medicine, Washington, USA
- Prof. Krzysztof Bankiewicz, University of California, San Francisco, USA
- Prof. dr hab. n. med. Jadwiga Joško-Ochojska, Śląski Uniwersytet Medyczny, Zabrze
- Prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opala, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice
- MA Ester Schmidlin, Członek Zarządu European Association for Palliative Care, Szwajcaria

**W programie konferencji:**

Sesje plenarne, sesja warsztatowa, Pielgrzymka Hospicjów Polskich, zwiedzanie Jasnej Góry, spektakl teatralny.

**Koszt uczestnictwa w Konferencji:**

Opłata obejmuje	do 15.12.2013	od 16.12.2013
Udział w sesjach plenarnych i sesji warsztatowej, materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa z punktami edukacyjnymi, wyżywienie i przerwy kawowe zgodne z programem, spektakl teatralny, zwiedzanie Jasnej Góry.	390 PLN	440 PLN
Udział w sesjach plenarnych i sesji warsztatowej, materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa z punktami edukacyjnymi, wyżywienie i przerwy kawowe zgodne z programem, spektakl teatralny, zwiedzanie Jasnej Góry - dla członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej.	340 PLN	390 PLN
Udział w sesjach plenarnych i sesji warsztatowej, materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa z punktami edukacyjnymi, przerwy kawowe zgodne z programem.	200 PLN	250 PLN

Przy zgłoszeniu minimum 6 osób z jednego ośrodka zniżka 10 % do 15 grudnia.

Warunkiem udziału w konferencji jest uiszczenie opłaty konferencyjnej oraz wypełnienie i przesłanie karty zgłoszenia online na stronie [www.hospicjum-konferencja.pl](http://www.hospicjum-konferencja.pl).

**Bardzo serdecznie zapraszamy.**

Przewodnicząca Komitetu Naukowego  
dr n. med. Jadwiga Pyszkowska

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego  
mgr Izabela Kaptacz

**Biuro Organizatora:** Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej Ziemi Częstochowskiej, 42-202 Częstochowa, ul. Krakowska 45a  
tel. kom. 501 837 462, tel./fax 34 360 54 91, [www.hospicjum-konferencja.pl](http://www.hospicjum-konferencja.pl), e-mail: [konferencja.czestochowa@wp.pl](mailto:konferencja.czestochowa@wp.pl)



## SPROSTOWANIE

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

Wyrazy współczucia i słowa otuchy z powodu  
śmierci

**Mamy  
Pani Katarzyny Kowalskiej**

składa  
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie.



Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy  
z powodu śmierci

**Mamy  
Koleżance Katarzynie Kowalskiej**

Składają  
Pielęgniarki i Ratownicy Medyczni  
SP ZOZ Miejskiego Szpitala Zespołonego  
w Częstochowie.

*„Ktoś tutaj był i był, a potem nagle zniknął  
i uporczywie go nie ma.....”*

**Koleżance Renacie Walkowicz**

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu  
śmierci

**Męża**

składają Pielęgniarki i Położne Wojewódzkiego  
Szpitala  
Specjalistycznego im.NMP w Częstochowie



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

**Koleżance Renacie Walkowicz**

Wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci

**Męża**

składa  
Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie.

## Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Pułaskiego 25, 42-200 Częstochowa

### GODZINY PRACY BIURA

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

*Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.*

**OIPiP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17<sup>00</sup>**



**Szkolenie nt. „Diagnozowanie, prowadzenie i profilaktyka pacjentów ze skłonnościami samobójczymi”  
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie Częstochowa dnia 6 grudnia 2013 roku.**



**Egzamin końcowy kursu specjalistycznego Szczepienia ochronne Nr 03/08 dla pielęgniarek;  
Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08 dla położnych  
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie - Częstochowa dnia 4 grudnia 2013 roku.**





# Szkolenie „Postępowanie w stanach zagrożenia życia”

Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie - Częstochowa dnia 19 listopada 2013 roku

