

MIESIĘCZNIK

BIULETYN INFORMACYJNY



ISSN 1234-0049

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Wesołych Świąt Bożego Narodzenia i Szczęśliwego Nowego Roku



Grudzień 2010r

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. M. KOPERNIKA 38



Święta Bożego Narodzenia to czas pełen magii, czarów, radości i piękna. Czas spełniania marzeń i okazywania sobie jak nigdy dotąd wzajemnej troski i miłości. Podczas tych dni, zapatrzeni w roziskrzoną choinkę, w uśmiechnięte twarze naszych bliskich odkrywamy sens życia.

Święta Bożego Narodzenia poprzedzone są przygotowaniem. W tym okresie nasze domy zaczynają przybierać świąteczny wygląd.

Pojawiają się ozdoby świąteczne, dom wypełnia się zapachem ciast i innych świątecznych potraw. Na Wigilię Bożego Narodzenia niemal każda polska rodzina umieszcza w swoim mieszkaniu i dekoruje choinkę. Podczas Wigilii gromadzimy się całymi rodzinami w oczekiwaniu na pierwszą gwiazdkę zwiastującą narodzenie Jezusa, dzielimy się opłatkiem, śpiewamy kolędy, a o północy całymi rodzinami podążamy na pasterkę. Podczas Wigilii dzieci, jak również dorośli oczekują także, na rozpakowanie prezentów, które według polskiej tradycji znajdujemy pod choinką.

Święta te jak żadne inne, skłaniają nas do zadumy, zamyślenia i wspomnień. Czasami jest to jedyna okazja w całym roku, żeby się spotkać z rodziną i odnowić więzy rodzinne, a nawet zażegnać różne spory czy nieporozumienia. Zatrzymajmy się więc na chwilę, pomyślmy o sobie i naszych najbliższych, dokonajmy rachunku zysków i strat, nakreślmy priorytety na przyszłość. Przeżycia tych wielkich dni z pewnością wzmocnią nas i ubogacą, a Nowy Rok otwierając kolejny rozdział otworzy przed nami nowe szanse.

Czas Świąt Bożego Narodzenia to także czas składania najlepszych życzeń swoim bliskim, dlatego też w imieniu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie, życzę Wam wszystkim, aby tegoroczne Święta Bożego Narodzenia przepełnione były radością i miłością, niosąc spokój i odpoczynek.

Życzę Wam, aby przy świątecznym stole nie zabrakło światła i ciepła rodzinnej atmosfery. Aby w domach zagościła radość, a samotność odeszła w niepamięć.

Życzę Wam, także aby skrzydła wiary przykryły kamienie zwątpienia i uniosły serca ponad przemijanie.

Życzę Wam, aby Nowy 2011 Rok szczęśliwy był w osobiste doznania, spełnił wszystkie zamierzenia, dążenia zawodowe i społeczne oraz by przyniósł wiele satysfakcji z własnych dokonań.

Podsumowując moje przemyślenia dotyczące zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia, a także w związku z zakończeniem kolejnego roku, chciałabym także podziękować Wam wszystkim za zaangażowanie i ogrom społecznego wysiłku włożonego w działalność Samorządu.

*Z wyrazami szacunku
Przewodnicząca Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych
Halina Synakiewicz*

W NUMERZE:

Uchwały ORPiP	1
Kalendarium	1
Opinie prawne	2
Stanowisko w/s projektu ustawy o działalności leczniczej	5
Konsultant krajowy	7
Prace autorskie	11
Depresja - wiadomości ogólne	11
Podstawowe zabiegi resuscytacyjne	15
PTP	17
Informacje	19
Konferencja	22
Informacje	24

Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

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

Adres Redakcji:

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

Ośrodek szkoleniowy:

tel. 519 86 21 86

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

MILLENIUM BANK

nr: 82 1160 2202 0000 0001 2869 0101

Redakcja:

Redaktor Naczelny Maria Szymanek

z-ca Redaktora

Naczelnego Halina Synakiewicz

Sekretarz Redakcji Barbara Piąza

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

Odpowiedzialność za zawartość merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

Skład i druk:

„BiRaKo”

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



Uchwały podjęte podczas posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych

w Częstochowie w dniu 14 listopada 2010 roku

Podjęto uchwały:

- » w sprawie uruchomienia środków z Rezerwy do dyspozycji Okręgowej Rady:
 - w kwocie 25 000,00 zł na występ zespołu "Żuki", dekorację sali i zakup kwiatów w celu uświetnienia obchodów XX-lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych,
 - w kwocie 6 000,00 zł na zorganizowanie kolacji oraz na zakwaterowanie zaproszonych gości spoza Częstochowy biorących udział w uroczystości XX lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie,
 - w kwocie 20 000,00 zł na zakup kubków z okazji XX-lecia Samorządu Pielęgniarek i Położnych dla członków OIPIP w Częstochowie,
 - w kwocie 3 000,00 zł na organizację wyjazdowego posiedzenia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, które odbędzie się w dniu 14 grudnia 2010 roku o godzinie 12:30,
 - w kwocie 6 824,80 zł na zakup statuetek jako nagrody dla osób nagrodzonych za wieloletni wkład pracy w rozwój i działalność Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. Statuetki wręczone będą z okazji XX lecia powstania Samorządu Zawodowego Pielęgniarek i Położnych
- » w sprawie wytypowania osób do wyróżnienia za wieloletni wkład pracy w rozwój i działalność Samorządu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
- » w sprawie wytypowania osób do przyznania wyróżnień i odznaczeń w roku 2011

- » w sprawie najmu lokalu dla potrzeb Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
- » w sprawie cofnięcia skierowania na odbycie przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu
- » w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu pielęgniarkę wpisu do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jednej pielęgniarki
- » w sprawie wpisu do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jednej pielęgniarki
- » w sprawie skreślenia z rejestru i listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jednej pielęgniarki
- » w sprawie wpisania adnotacji urzędowej o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla dziewięciu pielęgniarek i jednej położnej
- » w sprawie stwierdzenia posiadanych przez pielęgniarkę kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej jednej pielęgniarki
- » w sprawie stwierdzenia posiadanych przez pielęgniarkę kwalifikacji zawodowych zgodnych z wymogami wynikającymi z przepisów prawa Unii Europejskiej oraz stwierdzenia przebiegu pracy zawodowej jednej pielęgniarki
- » w sprawie wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji konkursowej na niektóre stanowiska pielęgniarek oddziałowych
- » w sprawie wytypowania przedstawicieli samorządu do udziału w pracach komisji egzaminacyjnej przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarki / położnej ■

Kalendarium od 02.11.2010 roku do 30.11.2010 roku



- 04.11.2010r.** W Ośrodku Szkoleniowym działającym przy OIPIP w Częstochowie odbył się egzamin końcowy z kursu specjalistycznego „Szczepienia ochronne ” (Nr 02/07). Wszyscy uzyskali ocenę pozytywną. Gratulujemy!
- 08.11.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w obradach LXVII zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.
- 10.11.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w uroczystości odsłonięcia tablicy pamiątkowej poświęconej Honorowemu Obywatelowi Częstochowy Prezydentowi RP na uchodźstwie Ryszardowi Kaczorowskiemu. Uroczystość odbyła się w Urzędzie Miasta Częstochowy.
- 11.11.2010r.** Na zaproszenie Prezydenta Miasta Częstochowy Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w uroczystości z okazji Narodowego Święta Niepodległości.
- 14.11.2010r.** W siedzibie OIPIP obyło się nadzwyczajne posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 15.11.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się spotkanie Komisji Prawa i Legislacji oraz Komisji Zmian Systemowych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.

- 15.11.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu naukowym promującym karmienie piersią. Podczas uroczystości Wojewódzkiemu Szpitalowi Specjalistycznemu w Częstochowie przy ul. Bialskiej wręczono certyfikat honorowego tytułu – „Szpital przyjazny dziecku”.
- 16.11.2010r.** W siedzibie OIPIP obyło się posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej.
- 17.11.2010r.** W Ratuszu Miejskim odbyła się Konferencja Inaugurująca Częstochowską Kampanię Społeczną „Ja nie ochronię dziecka przed przemocą – Ty możesz” Podczas konferencji Przewodnicząca ORPiP przedstawiła temat pt. „Praca pielęgniarki w projekcie”.
- 18.11.2010r.** Sekretarz ORPiP na zaproszenie Przewodniczącej OIRPiP w Katowicach uczestniczyła w Konferencji pt. „Etyka w zarządzaniu”.
- 18.11.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego NRPIP w Warszawie.
- 19.11.2010r.** W siedzibie OIPIP odbyło się Nadzwyczajne posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 19.11.2010r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w postępowaniu kwalifikacyjnym do kursu kwalifikacyjnego z pielęgniarstwa ratunkowego. Postę-



powanie zostało przeprowadzone w Spółdzielni Pracy „Oświata”.

25.11.2010r. Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w postępowaniu kwalifikacyjnym do kursu specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki”. Postępowanie zostało przeprowadzone w Spółdzielni Pracy „Oświata”.



Opinie prawne

Opinia Radcy Prawnego OIPIP w Częstochowie

1 Zawieszenie prawa wykonywania zawodu

Zgodnie z art. 39 ustawy samorządowej Sąd pielęgniarek i położnych może orzec jedną z następujących kar:

1. upomnienie,
2. nagana,
3. zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w zakładach służby zdrowia na okres od 1 do 5 lat,
4. zawieszenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na okres od 6 miesięcy do 3 lat.

Zgodnie z art. 11b ustawy samorządowej Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych prowadzony przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych zawiera m. in. następujące dane:

1. informację o zaprzestaniu wykonywania zawodu (pkt 22),
2. informację o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu (pkt 23),
3. informację o rzeczeniu się prawa wykonywania zawodu (pkt 24).

Zatem zawieszenie prawa wykonywania zawodu stanowi karę orzeczaną przez sąd dyscyplinarny (a nie na wniosek zainteresowanego członka samorządu). Informację o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu zamieszcza się w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych prowadzonym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych (art. 11b ustawy samorządowej).

2 Rzeczenie się prawa wykonywania zawodu

Zgodnie z art. 11b ustawy samorządowej Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych prowadzony przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych zawiera m. in. następujące dane:

1. informację o zaprzestaniu wykonywania zawodu (pkt 22),
2. informację o zawieszeniu prawa wykonywania zawodu (pkt 23),
3. informację o rzeczeniu się prawa wykonywania zawodu (pkt 24).

Zgodnie z art. 8 ustawy samorządowej skreślenie z listy członków okręgowej izby następuje wskutek:

1. śmierci,
2. prawomocnego pozbawienia prawa wykonywania zawodu z mocy orzeczenia sądu pielęgniarek i położnych lub z wyroku sądu,
3. rzeczenia się prawa wykonywania zawodu,
4. przeniesienia się na teren innej izby.

Zgodnie z § 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 czerwca 1992 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych (Dz.U. Nr 52, poz. 248) pielęgniarka lub położna, która rzekła się prawa wykonywania zawodu lub zaprzestała wykonywania zawodu na czas nie określony, składa na piśmie oświadczenie okręgowej radzie.

30.11.2010r. W Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych odbył się egzamin końcowy z przeszkolenia po przerwie dłuższej niż 5 lat w wykonywaniu zawodu pielęgniarki / położnej.

30.11.2010r. W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami. ■

Zatem rzeczenie się prawa wykonywania zawodu następuje na wniosek osoby zainteresowanej i wywołuje skutek w postaci skreślenia z listy członków okręgowej izby. Informację o rzeczeniu się prawa wykonywania zawodu zamieszcza się w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych prowadzonym przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych (art. 11b ustawy samorządowej).

3 Zaprzestanie wykonywania zawodu

Zgodnie z § 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 17 czerwca 1992 r. w sprawie trybu postępowania dotyczącego stwierdzania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki i zawodu położnej oraz sposobu prowadzenia rejestru pielęgniarek i rejestru położnych (Dz.U. Nr 52, poz. 248) pielęgniarka lub położna, która rzekła się prawa wykonywania zawodu lub zaprzestała wykonywania zawodu na czas nie określony, składa na piśmie oświadczenie okręgowej radzie.

Brak jest innych regulacji prawnych, które dotyczyłyby wprost zaprzestania wykonywania zawodu.

Zgodnie z § 4 uchwały nr 13 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2003 roku w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału z płacenia składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki i położne:

1. bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędach pracy,
2. przebywające na urloпах wychowawczych lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,
3. które zaprzestały wykonywania zawodu na swój wniosek.

Uznać należy, iż § 4 pkt 3 ww. uchwały odwołuje się do zaprzestania wykonywania zawodu na czas nie określony, o którym mowa w § 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

W konsekwencji uznać należy, iż zaprzestanie wykonywania zawodu (na czas nieokreślony), to takie zaprzestanie, które:

1. nakierowane jest na niewykonywanie zawodu pielęgniarki / położnej przez dłuższy, ale nieokreślony okres czasu,
2. wymaga złożenia pisemnego oświadczenia właściwej okręgowej radzie oraz
3. wywołuje skutek w postaci dokonania odpowiedniego wpisu do Centralnego Rejestru Pielęgniarek i Położnych. ■

Radca Prawny
Artur Zubkiewicz

Opinia prawna w sprawie oceny sytuacji zmiany obszaru okręgowej izby pielęgniarek i położnych w kontekście zakazu pełnienia funkcji w organach izby dłużej niż dwie następujące po sobie kadencje

Niniejsza opinia sporządzana jest na wniosek Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych i zgodnie z treścią wniosku ma stanowić odpowiedź na pytanie: „Czy zmiana obszaru okręgowej

izby pielęgniarzek i położnych upoważnia do pełnienia funkcji z wyboru na kolejne kadencje”.

Rozważając kwestię będącą przedmiotem niniejszej opinii należy w pierwszym rzędzie nawiązać do wątpliwości prawnych, które pojawiły się w roku 1999 wraz z reformą ustrojową państwa, w wyniku której utworzono powiaty oraz województwa w nowym kształcie ustrojowym. Ustawą z dnia 24 lipca 1998 r. o zmianie niektórych ustaw określających kompetencje organów administracji publicznej - w związku z reformą ustrojową państwa (Dz.U. Nr 106, poz. 668) zmieniony został m.in. art. 2 § 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarzek i położnych, który po tej nowelizacji brzmi następująco: „Obszar działania poszczególnych okręgowych izb pielęgniarzek i położnych, ich liczbę i siedziby ustala Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych na wniosek zjazdów okręgowych, uwzględniając zasadniczy podział terytorialny państwa”. Pojawiło się wówczas pytanie, czy w wyniku zmian obszarów okręgowych izb pielęgniarzek i położnych dokonanych uchwałą NRPIP nr 115/99 z dnia 20.04.1999 r., a będących konsekwencją konieczności dostosowania obszarów do „zasadniczego podziału terytorialnego państwa” sprawowanie funkcji o organach zmiennej terytorialnie izby powinno być uznane za sprzeczne z art. 14 ust. 2 ustawy o samorządzie [...], jeżeli dana osoba pełniła taką samą funkcję w organach izby istniejącej w poprzednim kształcie terytorialnym. Przypomnieć należy, iż zgodnie z powołanym wyżej przepisem, tę samą funkcję w organach izby można pełnić nie dłużej niż przez dwie następujące po sobie kadencje.

Z analizy treści znanych autorom opinii niniejszej opinii prawnych powstałych w związku z opisaną powyżej wątpliwością wynika, mówiąc ogólnie, iż przyjęty został pogląd, że zmiana obszarów izb w tej sytuacji powodowała, że nowo ukształtowane terytorialnie izby są niejako izbami „nowymi”, których nie można utożsamiać z izbami funkcjonującymi dotychczas, nawet w sytuacji, gdy nie uległa zmianie nazwa izby. Jednocześnie z uwagi na to, iż zakaz z art. 14 ust. 2 ustawy o samorządzie [...] mówi o pełnieniu funkcji w organach izby (czyli konkretnej izby, a nie w organach izb w ogólności), pełnienie funkcji w organach „nowej” izby jest zgodne z prawem w sytuacji, gdy dana osoba pełniła uprzednio taką samą funkcję w organach izby w dotychczasowym kształcie terytorialnym. W tym kontekście powoływano się na argument, iż w szczególności rozszerzenie terytorium izby powodujące zwiększenie ilości wyborców powoduje, iż nie można mówić o tożsamości „nowej” izby z izbą dotychczasową.

Nie podejmując próby analizy przedstawionego powyżej poglądu należy stwierdzić, iż problem konsekwencji zmiany obszaru izby dla kwestii zakazu, o którym mowa w art. 14 ust. 2 ustawy o samorządzie [...] był rozważany w kontekście istotnych zmian ustrojowych państwa, które znalazły wyraz w ingerencji ustawodawcy również w treść ustawy o samorządzie pielęgniarzek i położnych. Rozważanie takiego problemu w chwili obecnej dokonywane być powinno wyłącznie w oparciu o aktualne brzmienie ustawy o samorządzie [...]. Zgodnie z powołanym wyżej paragrafem 2 art. 2 tej ustawy (niezmienionym od chwili nowelizacji z 1998 r.) obszar działania poszczególnych okręgowych izb ustalany jest przez Naczelną Radę. Jak należy przyjąć, i co jest zgodne z dotychczasową praktyką, przepis ten upoważnia Naczelną Radę do dokonywania zmian obszarów poszczególnych okręgowych izb, również w trakcie trwania kadencji, jeżeli stosowny wniosek złożą zainteresowane okręgowe zjazdy. Zmiana dokonywana w odniesieniu do konkretnych izb, a nie całej struktury terytorialnej samorządu i bez dodatkowego kontekstu, jak to

było w przypadku zmiany dokonywanej na skutek wspomnianej wyżej reformy administracyjnej państwa, nie może, w ocenie sporządzających niniejszą opinię, w żadnym razie prowadzić do wniosku, iż okręgowe izby istniejące w zmienionym kształcie terytorialnym są izbami „nowymi”, tracącymi łączność z izbami istniejącymi w dotychczasowym kształcie terytorialnym.

Uwzględniając powyższe, należy stwierdzić, iż zmiana obszaru okręgowej izby pielęgniarzek i położnych nie wpływa na kwestię zakazu pełnienia tej samej funkcji w organach izby dłużej niż przez dwie następujące po sobie kadencje. Oznacza to, iż osoba, która pełniła daną funkcję przez dwie następujące po sobie kadencje w danym organie okręgowej izby nie może pełnić jej przez kolejną kadencję, niezależnie od tego czy w trakcie jednej z tych kadencji albo po ich zakończeniu doszło do zmiany terytorialnej izby. ■

Warszawa, dnia 6 października 2010 r.

radcowie prawni NRPIP:
Agnieszka Ambroziak, Iwona Choromańska,
Paweł Dudkiewicz

Wykonywanie zawodu

Informacja w sprawie braku konieczności odbycia przez pielęgniarkę zatrudnioną w zakładzie pracy chronionej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie pierwszej pomocy medycznej kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących

Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz o zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (tekst jednolity Dz. U. 2008 r. Nr 14, poz. 92 ze zm.) w art. 28 ust. 1 pkt 3 wskazuje, iż pracodawca prowadzący zakład pracy chronionej jest zobowiązany do zapewnienia doraźnej i specjalistycznej opieki medycznej, poradnictwa i usług rehabilitacyjnych.

Z powyższego wynika, iż w zakładzie pracy chronionej musi być zapewniona zarówno doraźna jak i dodatkowa, specjalistyczna opieka medyczna, a zatem osoby realizujące ww. zadania zobowiązane są posiadać odpowiednie kwalifikacje.

Jeżeli zakład pracy chronionej ma podpisaną umowę z zakładem opieki zdrowotnej na realizację powyższej specjalistycznej opieki medycznej oraz w zakresie służby medycyny pracy, to realizacja innych świadczeń zdrowotnych poza powyższym zakresem może być powierzona pielęgniarce posiadającej odpowiednie kwalifikacje w zakresie danych świadczeń. Jeżeli więc pielęgniarka realizuje w zakładzie pracy chronionej świadczenia na rzecz pracowników jedynie w zakresie pierwszej pomocy medycznej i nie realizuje świadczeń z zakresu służby medycyny pracy, to nie jest zobowiązana do odbycia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących. Powyższy wymóg kwalifikacyjny dotyczył bowiem jedynie kwalifikacji pielęgniarek wykonujących zadania służby medycyny pracy, określonych w uchylonym z dniem 28 czerwca 2010 r. na podstawie art. 3 ustawy z dnia 17 października 2008 r. o zmianie ustawy o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2008 Nr 220, poz. 1416) rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 15 września 1997 r. w sprawie zadań służby medycyny pracy, których wykonywanie przez pielęgniarki wymaga posiadania

dotychczasowych kwalifikacji, rodzaju i trybu uzyskiwania tych kwalifikacji oraz rodzajów dokumentów potwierdzających ich posiadanie (Dz. U. Nr 124, poz. 796). Z przedmiotowego rozporządzenia wynikało, iż pielęgniarki takie muszą posiadać tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących lub ukończyć kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących. (§ 1 ust. 1 i § 2 ust. 1 ww. rozporządzenia). W aktualnym stanie prawnym, w związku ze zmianą treści delegacji ustawowej zawartej w art. 9 ust. 4 ustawy o służbie medycyny pracy, minister właściwy do spraw zdrowia może w przyszłości określić, w drodze rozporządzenia, zadania służby medycyny pracy, których wykonywanie przez osoby niebędące lekarzami wymaga posiadania dodatkowych kwalifikacji, rodzaj i tryb uzyskiwania tych kwalifikacji oraz wzory stosowanych dokumentów, mając na względzie konieczność zapewnienia właściwego poziomu świadczeń oraz biorąc pod uwagę konieczność ochrony danych osobowych osób poddanych badaniu. ■

Opracował:

Przemysław Ośka Asystent ds. prawnych NIPiP

Zatwierdziła:

Iwona Choromańska Radca prawny NRPiP

Wyrok Trybunału Konstytucyjnego

W dniu 18 października 2010 r. Trybunał Konstytucyjny po rozpoznaniu wniosku Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie sankcji dożywotniego pozbawienia prawa do wykonywania zawodu uznał, iż m. in. art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych w zakresie, w jakim zawiera sformułowanie „bez prawa ubiegania się o ponowny wpis” jest zgodny z art. 32 ust. 1 Konstytucji, lecz jednocześnie jest niezgodny z art. 65 ust. 1 w związku z art. 31 ust. 3 Konstytucji.

Art. 44 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych stanowi, iż „kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu pociąga za sobą skreślenie z listy członków okręgowej izby bez prawa ubiegania się o ponowny wpis.”

Art. 32 ust. 2 Konstytucji stanowi, iż „nikt nie może być dyskryminowany w życiu politycznym, społecznym lub gospodarczym z jakiegokolwiek przyczyny”, natomiast art. 65 ust. 1 Konstytucji zapewnia każdemu wolność wyboru i wykonywania zawodu oraz wyboru miejsca pracy. Art. 31 ust. 3 Konstytucji stanowi, iż „ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Ograniczenia te nie mogą naruszać istoty wolności i praw.”

W swoim wniosku Rzecznik Praw Obywatelskich zakwestionował przepisy ustaw korporacyjnych przewidujące dyscyplinarną karę pozbawienia prawa do wykonywania zawodu bez możliwości ubiegania się o jego odzyskanie. Uważał, iż naruszają zagwarantowaną w art. 65 ust. 1 Konstytucji wolność wykonywania zawodu. W jego opinii nie ma podstaw, by taka kara miała definitywny i dożywotni charakter, tym bardziej że może spotkać np. pielęgniarkę za niepłacenie składek członkowskich.

Trybunał orzekł, iż przepisy dotyczące szeregu korporacji zawodowych, tj.: adwokatów, radców prawnych, pielęgniarek

i położnych, lekarzy weterynarii oraz rzeczników patentowych, które zakazują ukaranemu dyscyplinarnie członkowi ich samorządu ubiegania się o przywrócenie prawa wykonywania zawodu są niezgodne z Konstytucją. Są bowiem nadmiernie rygorystyczne i nie dają szans na rehabilitację, a jako takie naruszają art. 65 ust. 1 Konstytucji, który zapewnia każdemu wolność wyboru i wykonywania zawodu.

Powyższy wyrok oznacza, iż obecnie m. in. pielęgniarka lub/i położna pozbawiona prawa wykonywania zawodu będzie się mogła ubiegać ponownie o wpisanie na listę prowadzoną przez właściwą miejscowo Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych. ■

Źródło: www.trybunal.gov.pl

Wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich do Trybunału Konstytucyjnego

Przedruk z Gazety Podatkowej nr 86 z 28.10.2010r

Nie będzie wolnego za święto w sobotę

Na posiedzeniu w dniu 21 października 2010 r. Senat przyjął uchwaloną przez Sejm nowelizację ustawy o dniach wolnych od pracy oraz Kodeksu pracy. Wprawdzie do ustawy nowelizującej wprowadzone zostały trzy poprawki, jednak mają one charakter porządkowy i nie zmieniają nowych regulacji ustalonych przez Sejm.

Na mocy nowelizacji **pracownicy zyskali jeszcze jeden dzień ustawowo wolny od pracy - tj. święto Trzech Króli**, przypadające 6 stycznia danego roku. Ważna zmiana została też dokonana w zakresie regulacji Kodeksu pracy, na mocy której każde święto występujące w danym okresie rozliczeniowym i przypadające w innym dniu niż niedziela obniża wymiar czasu pracy o 8 godzin. Ustawodawca dodał do tego zapisu przepis stanowiący, że święto przypadające w dniu wolnym dla pracownika z tytułu przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy nie obniża wymiaru czasu pracy. Oznacza to, że **pracodawcy nie będą musieli, tak jak dotychczas, wyznaczać pracownikom innego dnia wolnego od pracy za dzień wolny z tytułu przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy, w który wypadło święto**. W większości zakładów pracy takim dniem wolnym jest sobota i to najczęściej z powodu nałożenia się tego dnia tygodnia i święta ustawowo wolnego od pracy zachodziła potrzeba wyznaczenia pracownikom innego dnia wolnego. Taka konieczność istniała też w przypadku wystąpienia święta w inny niż sobota dzień dla pracownika wolny w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy.

Przyjęta przez Senat nowelizacja wymaga jeszcze ponownego rozpatrzenia przez Sejm i podpisania przez Prezydenta RP. Nowe przepisy mają wejść w życie od 1 stycznia 2011 r. ■

A.B.

Przedruk z Gazety Podatkowej nr 86 z 28.10.2010r

W zakładach pracy palarnia albo całkowity zakaz palenia

Z dniem 15 listopada br. wejdą w życie przepisy ograniczające w znacznym stopniu miejsca, w których dopuszczalne jest



palenie wyrobów tytoniowych. Nowe przepisy ustanawiają bowiem zakaz palenia wyrobów tytoniowych m.in. **w pomieszczeniach zakładów pracy, w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych, na przystankach autobusowych, w ogólnodostępnych miejscach przeznaczonych do zabaw dzieci, w środkach pasażerskiego transportu publicznego.** W niektórych z tych obiektów będzie można palić, pod warunkiem zorganizowania przez właściciela lub zarządzającego specjalnie do tego przystosowanej palarni.

Specjalne regulacje będą dotyczyć właścicieli i zarządzających lokalami gastronomiczno-rozrywkowymi (chodzi tu np. o restauracje i puby). W tych lokalach, które posiadają co najmniej dwa pomieszczenia służące do konsumpcji, jedno z nich może być przeznaczony tylko dla klientów palących. Przy czym powinno to być **pomieszczenie zamknięte, wyposażone w wentylację zapewniającą, aby dym tytoniowy nie przenikał do innych pomieszczeń.** W przypa-

dku lokali z jedną salą konsumpcyjną konieczne będzie wydzielenie palarni.

Ponadto zakazana będzie sprzedaż detaliczna wyrobów tytoniowych w systemie samoobsługowym (z wyjątkiem sklepów wolnocłowych).

Za złamanie ustawowych zakazów będą obowiązywać kary. Przykładowo za brak umieszczenia informacji o zakazie palenia w pomieszczeniach, w których powinien obowiązywać taki zakaz, właściciel lub zarządzający zapłaci **karę grzywny w wysokości do 2.000 zł.** Z kolei osoby niepodporządkowujące się zakazom palenia mogą zostać obciążone grzywną do 500 zł.

Omawiane regulacje wprowadza ustawa o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (...) (Dz. U. z 2010 r. nr 81, poz. 529). ■

M.S-W.

Stanowisko w/s projektu ustawy o działalności leczniczej



Wspólne stanowisko w sprawie rządowego projektu ustawy o działalności leczniczej

Niżej podpisani sygnatariusze porozumienia zgłaszają następujące stanowisko w sprawie zasadności rozwiązań proponowanych w projekcie ustawy o działalności leczniczej.

1. Wprowadzenie systemowych zmian w sektorze tak wrażliwym społecznie, jakim jest ochrona zdrowia, powinny poprzedzać szczegółowe analizy sytuacji bieżącej, z uwzględnieniem oceny rozwiązań organizacyjnych i finansowych oraz perspektywy jego funkcjonowania. Jest to szczególnie ważne w sytuacji zmian demograficznych, które będą determinowały wpływy finansowe pochodzące ze składki oraz rodzaje świadczeń niezbędnych dla starzejącego się społeczeństwa. Taka ocena ze strony rządowej nie została przedstawiona opinii publicznej (w tym partnerom społecznym).
2. Nie do zaakceptowania jest widoczne w projekcie ustawy uznanie działalności leczniczej za jeden z rodzajów działalności gospodarczej, poddanych zwykłym prawom wolnego rynku. Poddanie systemu ochrony zdrowia bezwzględny regułom rynku może zagrozić dostępności świadczeń zdrowotnych na terytorium Polski i bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli. Projekt nie zawiera określenia celu zmian, którym powinien być efekt zdrowotny nie zaś ekonomiczny, do którego osiągnięcia niezbędny jest publiczny nadzór nad działalnością leczniczą. Fikcją jest przedstawione w uzasadnieniu twierdzenie, że proces przekształceń w spółki prawa handlowego ma charakter fakultatywny, wobec stworzonych zachęt finansowych, które ten proces mają przyspieszyć (tzw. przymus ekonomiczny) oraz obligatoryjności przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe, których podmiot tworzący nie pokryje ujemnego wyniku finansowego w okresie 3 miesięcy od zatwierdzenia sprawozdania finansowego. Fakultatywny charakter przekształcenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe jest tym bardziej wątpliwy, że niewykonanie dyspozycji art. 55 ust. 4 projektowanej ustawy może w efe-

ktach skutkować sankcjami, o których mowa w 96 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym, art 83 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym oraz art. 84 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa.

3. Kompetencje w sprawie przekształcenia organizacyjnego sp zoz należy powierzyć, w sposób nie budzący wątpliwości, organom stanowiącym jednostek samorządu terytorialnego tj. radom gmin i powiatów oraz sejmikom województwa. Decyzja taka powinna być poprzedzona rzeczową debatą merytoryczną, dotyczącą korzyści oraz zagrożeń, jakie przynieść może zmiana dotychczasowego statusu prawnego sp zoz oraz spojrzenia na konsekwencje wynikające z takiej zmiany z różnych punktów widzenia. Szansę na taką debatę daje wyłącznie powierzenie kompetencji w sprawie przekształcenia organizacyjnego sp zoz organom stanowiącym jednostek samorządu terytorialnego.
4. Należy zrezygnować z umieszczania w ustawie o działalności leczniczej kwestii dobrze uregulowanych w innych aktach prawnych, jak na przykład przepisów dotyczących wykonywania zawodów lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki i położnej, które powinny pozostać w ustawach o wykonywaniu tych zawodów.
5. Brak jest jakiegokolwiek uzasadnienia dla pomysłu przekazania wojewodom zadania prowadzenia rejestru praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentystry oraz praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych oraz nadzoru nad nimi. Jest to jedno z podstawowych i nigdy dotychczas nie budzących krytyki zadań samorządów medycznych zawodowych zawodów zaufania publicznego, stanowiące wypełnienie ich konstytucyjnej roli. Pozbawienie samorządów zawodowych lekarzy i lekarzy dentystry oraz pielęgniarek i położnych możliwości tak rejestracji praktyk zawodowych jak i nadzoru nad nimi może być potraktowane jako naruszenie zasady określonej w art. 17 Konstytucji RP poprzez ograniczenie możliwości realizacji obowiązku dbania o należyte wykonywanie odpowiednich zawodów. Doświadczenie i sprawne działanie samorządów zawodowych lekarzy i lekarzy dentystry oraz pielęgniarek i położnych w tym zakresie nie powinno być odrzucane, a konieczność poniesienia publicznych nakładów związanych



z tworzeniem i prowadzeniem nowych rejestrów nie znajdują racjonalnego uzasadnienia.

6. Krytycznie należy ocenić:

- nieprecyzyjność w określeniu statusu pracowników zatrudnionych w różnych rodzajach podmiotów działalności leczniczej (czas pracy, szczególne uprawnienia pracowników, status pracowników w podmiotach działalności leczniczej będących przedsiębiorcami itp.),
- brak regulacji dających pracownikom podmiotów działalności leczniczej możliwość współodpowiedzialności za zarządzanie placówką (udział w radach nadzorczych podmiotów działalności leczniczej o statusie spółki kapitałowej, nieodpłatne akcje lub udziały dla pracowników przekształcanych placówek).

7. Należy doprecyzować i skorelować z innymi obowiązującymi aktami prawnymi proponowane w projekcie definicje (np. świadczenia zdrowotnego, poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń i rodzajów udzielających ich podmiotów).

8. Proponowana ustawa nie zapewnia równości samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, szpitali działających w formie spółek prawa handlowego i praktyk zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów oraz pielęgniarek i położnych pod względem organizacyjno - prawnych warunków ich funkcjonowania, zwłaszcza w systemie publicznej ochrony zdrowia.

Sygnatariusze stanowiska - przed jego podjęciem - zgłosili szereg uwag szczegółowych do opiniowanego projektu ustawy, które nie zostały jednak uwzględnione w toku konsultacji społecznych. Z uwagi na wskazane powyżej uwagi o charakterze fundamentalnym Sygnatariusze zwracają się do Parlamentarzystów RP o odrzucenie opiniowanego projektu ustawy uznając, iż jego przepisy stoją w sprzeczności z ważnym interesem społecznym i zagrażają bezpieczeństwu zdrowotnemu obywateli. ■

Sygnatariusze: 19 listopada 2010r

Lp	Instytucja	Imię i Nazwisko
1	Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych	Renata Górna
2	Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”	Maria Ochman Krzysztof Filip Jacek Sałkowski
3	Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej	Renata Górna
4	Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce	Agnieszka Jankowska - Zduńczyk
5	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych	Elżbieta Buczkowska Elżbieta Garwacka-Czachor
6	Izba Gospodarcza „Farmacja Polska”	Krzysztof Wojciechowski
7	Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych	Elżbieta Puacz Michał Waszkiewicz
8	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	Longina Kaczmarska
9	Pracodawcy Rzeczypospolitej Polskiej	Andrzej Mądrala
10	Instytut Kardiologii	Jacek Grzybowski
11	Naczelna Rada Lekarska	Prezes NRL Maciej Hamankiewicz Wiceprezes NRL Konstanty Radziwiłł Sekretarz NRL Mariusz Janikowski Zastępca Sekretarza NRL Marek Jodłowski Marta Klimkowska - Misiak Stefan Sobczyński
12	Ogólnopolskie Porozumienie Doktorantów Uczelni Medycznych	Przewodniczący Daniel Morończyk

KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

Dr n. med. Anna Koper

Bydgoszcz, dnia 12.XI.2010

Pani Elżbieta Garwacka-Czachor
Wiceprezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
00-478 Warszawa
Ul Aleje Ujazdowskie 22

Szanowna Pani

W odpowiedzi na pismo NIPiP/NRPIP \$5051 212/10 -informuje co następuje: Methotrexat jest pochodną kwasu foliowego, należy do związków cytotoksycznych zwanych antymetabolitami.

Według charakterystyki Produktu leczniczego - Ministerstwa Zdrowia, Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji z dnia 24.01.2008 roku str 3 punkt 4.4 SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA cytuję: „**Methotrexat może być podawany jedynie pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii, doświadczonego w stosowaniu chemioterapii przeciwnowotworowej**”.

Cytowana wyżej charakterystyka produktu leczniczego Methotrexat, jednoznacznie wskazuje na obowiązek ścisłego nadzoru lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii i doświadczonego w stosowaniu chemioterapii przeciwnowotworowej nad czynnościami w zakresie podawania tego leku przez pielęgniarkę. Brak nadzoru stanowi podstawę do odmowy przez pielęgniarkę podania Methotrexatu.

Jednocześnie pragnę podkreślić fakt, że lekarzem nadzorującym może być jedynie specjalista w dziedzinie onkologii z doświadczeniem w stosowaniu chemioterapii.

W zakresie sporządzania i podawania leków cytostaticznych obowiązują poniżej wymienione przepisy prawne:

1. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. z 2008r. Nr 45; poz. 271 j.t).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 1 października 2008r. w sprawie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania (Dz. U. z 2008, Nr 184; poz. 1143).
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 czerwca 1996 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy przygotowywaniu, podawaniu i przechowywaniu leków cytostaticznych w zakładach opieki zdrowotnej. (Dz. U. z dnia 12 lipca 1996 r.) z póź. zmianami. ■

W załączeniu przedkładam charakterystykę omawianego produktu leczniczego, „Methotrexat”.

z poważaniem
Krajowy Konsultant w dziedzinie
Pielęgniarnictwa onkologicznego
dr n. med. Anna Koper

CHARAKTERYSTYKA PRODUKTU LECZNICZEGO

1. NAZWA PRODUKTU LECZNICZEGO

Methotrexat-Ebewe, 10 mg/ml, roztwór do wstrzykiwań {Methotrexatum}

2. SKŁAD JAKOŚCIOWY I ILOŚCIOWY SUBSTANCJI CZYNNYCH

1 ml roztworu zawiera 10 mg metotreksatu.
Substancje pomocnicze, patrz punkt 6.1.

3. POSTAĆ FARMACEUTYCZNA

Roztwór do wstrzykiwań

4. SZCZEGÓLNE DANE KLINICZNE

4.1 Wskazania do stosowania

- Nowotwory złośliwe, np. ostra białaczka limfoblastyczna (ALL) włącznie z białaczką oponową, niezmiernicy chłoniak złośliwy (ang. Non-Hodgkin's Lymphoma - NHL), rak piersi, rak jądra, rak jajnika, nowotwory głowy i szyi, drobnokomórkowy rak płuc, nabłoniak kosmówkowy złośliwy, mięsaki kości;
- oporna na inne leczenie łuszczyca.

4.2 Dawkowanie i sposób podawania

Metotreksat może być podawany domięśniowo, dożylnie (bolus lub wlew), dokanałowo i dotętniczo. Dawkowanie oparte jest na masie ciała lub powierzchni ciała pacjenta, z wyjątkiem podania dokanałowego, gdzie maksymalna zalecana dawka wynosi 15 mg, a zalecane maksymalne stężenie 5 mg/ml. W przypadku obniżenia wartości parametrów hematologicznych, zaburzeń wątroby lub nerek dawki należy zmniejszyć. Duże dawki (większe niż 100 mg) podawane są zwykle we wlewie dożylnym przez okres nie dłuższy niż 24 godziny. Część dawki można podać jako wstępne szybkie wstrzyknięcie.

Metotreksat stosuje się z pozytywnym skutkiem w leczeniu wielu różnych chorób nowotworowych, w monoterapii oraz w połączeniu z innymi środkami cytotoksycznymi, hormonami, radioterapią i zabiegami chirurgicznymi. Dlatego też schematy dawkowania w zależności od zastosowania klinicznego mogą być bardzo zróżnicowane, szczególnie w przypadku dawek większych niż 150 mg/m². Stosując takie dawki, należy podać pacjentowi folinian wapnia w celu ochrony przed toksycznym działaniem produktu na komórki prawidłowe.

Schematy dawkowania ochronnego folinianu wapnia zależą od podanej dawki metotreksatu. Zwykle stosuje się do 150 mg w dawkach podzielonych, w ciągu 12-24 godzin, we wstrzyknięciu domięśniowym, w dożylnym wstrzyknięciu w postaci szybkiego wlewu (bolus), albo we wlewie dożylnym lub doustnie i następnie 12-25 mg domięśniowo, dożylnie lub 15 mg doustnie (jedna kapsułka), co sześć godzin przez następne 48 godzin. Leczenie osłonowe zaczyna się z opóźnieniem 8 do 24 godzin od rozpoczęcia wlewu z metotreksatem. Jeśli zastosowano mniejsze dawki metotreksatu (mniej niż 100 mg), wystarczy podać jedną kapsułkę (15 mg) folinianu wapnia co sześć godzin przez 48 do 72 godzin.

Podane niżej schematy należy traktować jedynie jako przykłady.

Białaczka:

- 3,3 mg/m² pc. w połączeniu z innymi środkami cytostatycznymi jeden raz na dobę przez 4-6 tygodni.
- 2,5 mg/kg mc. co drugi tydzień.
- 30 mg/m² pc./tydzień w leczeniu podtrzymującym.
- Schemat z zastosowaniem dużych dawek między 1 i 12 g/m² pc. (dożylnie 1-6 h), powtarzany co 1-3 tygodnie.
- 20 mg/m² pc. w połączeniu z innymi środkami cytostatycznymi jeden raz w tygodniu.

Rak piersi:

- 40 mg/m² pc. dożylnie w połączeniu z innymi środkami cytostatycznymi w 1. dniu lub w 1. i 3. lub w 1. i 8. lub 3 razy w roku.

Nabłoniak kosmówkowy złośliwy:

- 15-30 mg w ciągu doby przez 5 dni z przerwami w leczeniu wynoszącymi jeden tydzień lub więcej.

Łuszczyca:

Zalecana początkowa dawka w łuszczycy wynosi 2,5 mg 3 razy w tygodniu, z zachowaniem co najmniej 12 godzinnych przerw lub 7,5 mg raz w tygodniu.

Efekt leczniczy osiągany jest zwykle w ciągu 4-6 tygodni lub dłużej, a stan pacjenta poprawia się w ciągu następnych 8-10 tygodni lub dłużej. Jeśli po 6 tygodniach nie zostanie uzyskany efekt terapeutyczny, a jednocześnie nie obserwuje się działania toksycznego, dawkę można stopniowo zwiększać o 2,5 mg/tydzień.

Zwykle optymalna dawka tygodniowa wynosi 10-25 mg. Stosowanie metotreksatu u pacjentów z łuszczycą umożliwia powrót do standardowego leczenia miejscowego z zadowalającym skutkiem. Dodatkowo, w celu wykrycia jakichkolwiek objawów idiosynkrazji, tydzień przed rozpoczęciem leczenia można podać jedną dawkę, tzw. początkową dawkę testową.

Pacjenta należy poinformować o ryzyku związanym z leczeniem, a lekarz klinicysta powinien zwrócić szczególną uwagę, czy nie doszło do toksycznego działania na wątrobę, przeprowadzając próby czynnościowe wątroby przed rozpoczęciem leczenia metotreksatem i powtarzając je co 2-4 miesiące w jego trakcie. Większe dawki wymagają uważnego długotrwałego monitorowania możliwych działań toksycznych na wątrobę, szpik kostny i płuca.

Należy jednocześnie podawać kwas foliowy (1-2 mg na dobę) lub folinowy (2,5-5 mg raz na tydzień, 8-12 godzin po podaniu metotreksatu), aby zmniejszyć ryzyko długotrwałych działań toksycznych metotreksatu. Kwas foliowy lub kwas folinowy (folinian wapnia) w dawkach tych nie wpływają na skuteczność metotreksatu.

Dodatkowo paracetamol lub kwas acetylosalicylowy można stosować z metotreksatem wyłącznie z zachowaniem ostrożności, gdyż stosowane jednocześnie często powodują zaburzenia czynności wątroby. Zaburzenia te rzadziej występują podczas jednoczesnego stosowania z innymi niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi.

4.3 Przeciwwskazania

Stwierdzona nadwrażliwość na metotreksat lub którykolwiek składnik produktu.

Ciężkie zaburzenia czynności wątroby, włącznie ze zwłóknieniem, marskością i zapaleniem wątroby.

Ciężkie zaburzenia czynności nerek.

Nieprawidłowy skład krwi z hipoplazją szpiku kostnego, leukopenią, małopłytkowością, niedokrwistością.

Poważne ostre lub przewlekłe zakażenia, takie jak: gruźlica i zakażenie wirusem HIV.

Nadużywanie alkoholu.

Owrzodzenie jamy ustnej i rozpoznana czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy.

Ciąża i okres karmienia piersią.

4.4 Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania

Metotreksat może być podawany jedynie pod nadzorem lekarza specjalisty w dziedzinie onkologii, doświadczonego w stosowaniu chemioterapii przeciwnowotworowej.

Metotreksat należy stosować ze szczególną ostrożnością u pacjentów z obniżonymi wartościami parametrów hematologicznych, zaburzeniami czynności nerek, wrzodem trawiennym, wrzodziejącym zapaleniem okrężnicy, wrzodziejącym zapaleniem jamy ustnej, biegunką, złym stanem ogólnym oraz u dzieci i osób w podeszłym wieku. U pacjentów z wysiękiem płucnym lub wodobrzuszem, w razie potrzeby należy przed leczeniem zastosować drenaż lub leczenie należy przerwać.

Objawy toksycznego działania na układ pokarmowy, początkowo manifestujące się zwykle zapaleniem jamy ustnej, są wskazaniem do przerwania leczenia. Jeśli leczenie jest nadal kontynuowane, może wystąpić krwotoczne zapalenie jelit i śmierć z powodu perforacji jelit.

Metotreksat może spowodować obniżenie płodności, zmniejszenie liczby plemników w nasieniu, zaburzenia miesiączkowania, brak miesiączki. Działanie to przemija po przerwaniu terapii. Ponadto metotreksat działa toksycznie na zarodek i powoduje wady płodu oraz może prowadzić do poronienia. Jeśli jeden z partnerów leczony jest metotreksatem, należy nie dopuszczać do zapłodnienia w okresie leczenia i przez co najmniej trzy miesiące po jego zakończeniu.

Przed rozpoczęciem leczenia metotreksatem lub przed wznowieniem leczenia po przerwie, należy ocenić czynność nerek, wątroby, skład krwi za pomocą wywiadu lekarskiego, badania fizykalnego i badań laboratoryjnych. Pacjenci w trakcie leczenia powinni być poddawani odpowiedniej obserwacji, aby objawy ewentualnego działania toksycznego i działania niepożądane można było wykryć i ocenić z minimalnym opóźnieniem. Wskazane jest wykonanie zdjęcia rentgenowskiego klatki piersiowej.

Istotne jest włączenie następujących testów laboratoryjnych do regularnej oceny klinicznej i monitorowania stanu pacjentów otrzymujących metotreksat: pełna analiza hematologiczna, analiza moczu, ocena czynności nerek i wątroby, a jeśli podawane są duże dawki metotreksatu - oznaczanie stężeń metotreksatu we krwi.

Szczególną uwagę należy zwrócić na objawy toksycznego działania na wątrobę, które mogą pojawić się bez korelacji z wynikami prób czynnościowych wątroby. Leczenia nie można rozpoczynać albo należy przerwać, jeśli istnieją lub pojawią się w trakcie leczenia jakiegokolwiek nieprawidłowości w wynikach prób wątrobowych czy biopsji wątroby. Nieprawidłowości te powinny powrócić do wartości prawidłowych w ciągu dwóch tygodni. Po tym okresie lekarz może zdecydować o wznowieniu leczenia.

Zahamowanie czynności układu krwiotwórczego może pojawić się nagle i podczas stosowania dawek metotreksatu uznanych za bezpieczne. Każde znaczące zmniejszenie liczby leukocytów lub płytek krwi jest wskazaniem do natychmiastowego odstawienia leku i

wdrożenia odpowiedniego leczenia podtrzymującego. Pacjenta należy poinformować o konieczności zgłaszania lekarzowi wszelkich objawów infekcji.

Metotreksat lub jego metabolity mogą wytrącać się w kanalikach nerkowych. Aby temu zapobiec, zaleca się podawanie znacznych ilości płynów oraz alkalizację moczu do pH 6,5-7,0 przez doustne lub dożylnie podanie dwuwęglanu sodu (5 tabletek x 625 mg co trzy godziny) lub acetazolamidu (500 mg doustnie cztery razy na dobę).

Produkt Methotrexat-Ebewe przed podaniem dokanałowym należy rozcieńczyć. Zalecane maksymalne stężenie wynosi 5 mg/ml.

Podczas stosowania leku konieczne jest przestrzeganie zasad dotyczących postępowania z substancjami cytotoksycznymi.

4.5 Interakcje z innymi lekami i inne rodzaje interakcji

Metotreksat wykazuje pewne działanie immunosupresyjne, dlatego też reakcja immunologiczna na równocześnie prowadzone szczepienie może być osłabiona. Ponadto, równoczesne stosowanie żywych szczepionek może wywołać ciężką reakcję antygenową.

Metotreksat związany z białkami może być wypierany przez fenytoinę, środki uspokajające, doustne środki antykoncepcyjne, salicylany, sulfonamidy, difenylhydantoiny, tetracykliny, chloramfenikol, sulfazol, dokсорubicynę, cyklofosfamid i barbiturany. Zwiększone stężenie niezwiązanego metotreksatu w osoczu może prowadzić do nasilenia toksyczności.

Metotreksat podlega czynnemu wydalaniu przez nerki. Oddziałuje on głównie z innymi lekami, które podlegają temu samemu mechanizmowi wydalania, co powoduje zwiększenie stężenia metotreksatu w osoczu.

Podczas równoczesnego stosowania probenecydu dawkę metotreksatu należy zmniejszyć.

Alkaloidy Vinca mogą zwiększać wewnątrzkomórkowe stężenia metotreksatu i poliglutaminianów metotreksatu.

Należy unikać równoczesnego stosowania leków wykazujących działanie nefrotoksyczne i hepatotoksyczne. Prawdopodobieństwo wywołania przez metotreksat działania hepatotoksycznego jest zwiększone podczas regularnego spożywania alkoholu.

Preparaty witaminowe lub doustne preparaty żelaza zawierające kwas foliowy mogą zmieniać odpowiedź na metotreksat.

Niesteroidowe leki przeciwzapalne mogą zaburzać klirens nerkowy metotreksatu i prowadzić do ciężkiej toksyczności.

Równoczesne podawanie antagonistów folianów, jak trimetoprimu/sulfametoksazolu, rzadko powodowało wystąpienie ostrej pancytopenii.

Stężenia metotreksatu w surowicy mogą zwiększyć się pod wpływem etretynianu. Zgłaszano również ciężkie zapalenie wątroby w przypadku równoczesnego stosowania metotreksatu z etretynianem.

Penicyliny mogą zmniejszać klirens nerkowy metotreksatu; to, z kolei, może powodować wzrost stężenia metotreksatu w surowicy i toksyczne działania hematologiczne/żołądkowo-jelitowe.

Probenecyd i słabe kwasy mogą zmniejszać wydalanie metotreksatu; co z kolei może pośrednio zwiększać ekspozycję na metotreksat.

Jednoczesne podawanie leków, które mogą prowadzić do niedoborów kwasu foliowego (np. sulfonamidów, trimetoprimu/sulfametoksazolu), może nasilić toksyczność metotreksatu.

Zaleca się zachowanie ostrożności u pacjentów ze współistniejącym niedoborem kwasu foliowego. Natomiast jednoczesne podawanie kwasu foinowego może obniżyć skuteczność metotreksatu.

4.6 Ciąża i laktacja

Wykazano teratogenne działanie metotreksatu. Dlatego też stosowanie metotreksatu jest przeciwwskazane u kobiet w ciąży. Jeżeli jednak metotreksat jest stosowany w ciąży z powodu choroby nowotworowej lub jeśli pacjentka zajdzie w ciążę w czasie leczenia, konieczna jest ocena korzyści względem ryzyka zagrożenia dla rozwoju płodu.

Metotreksat przenika do mleka, dlatego też w czasie leczenia karmienie piersią jest przeciwwskazane.

4.7 Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu

W zależności od indywidualnej wrażliwości zdolność do prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu może być zaburzona.

4.8 Działania niepożądane

Zasadniczo uważa się, że częstość i nasilenie działań niepożądanych mają związek z wielkością dawki.

Następujące działania niepożądane mogą wystąpić bardzo często (>1/10), często (>1/100 do <1/10), niezbyt często 1/1 000 do <1/100), rzadko (>1/10 000 do <1/1 000), bardzo rzadko (<1/10 000) i częstość nieznana (nie można określić na podstawie dostępnych danych).

Zakażenia i zarażenia pasożytnicze

Bardzo często

Obniżona odporność na zakażenia. Zapalenie gardła.

Często

Gorączka.

Niezbyt często

Półpasiec, zapalenie płuc wywołane przez *Pneumocystis carinii*, mogą wystąpić zakażenia o różnej lokalizacji lub posocznica.

Zaburzenia krwi i układu chłonnego

Bardzo często

Leukopenia.

Często

Zahamowanie czynności szpiku kostnego najczęściej objawiające się leukopenia, ale może wystąpić też trombocytopenia, anemia lub wszelkie inne połączenia tych objawów.

Niezbyt często

Trombocytopenia, pancytopenia, agranulocytoza.

Zaburzenia układu immunologicznego

Niezbyt często
Hipogammaglobulinemia.

Bardzo rzadko
Reakcje anafilaktyczne, zwiększenie liczby guzków dnowych.

Zaburzenia metabolizmu i odżywiania

Często
Jadło wstręt.

Zaburzenia psychiczne

Niezbyt często
Depresja, splątanie, zmiany nastroju.

Zaburzenia układu nerwowego

Bardzo często
Zawroty głowy, ból głowy. Po większych dawkach metotreksatu obserwowano występowanie afazji, niedowładów lub niedowładów połowiczego i drgawek.

Często
Sennaść.

Niezbyt często
Zgłaszano przemijające zaburzenia funkcji poznawczych niewielkiego stopnia oraz zwiększenie ciśnienia śródczaszkowego po podaniu małych dawek metotreksatu.

Zaburzenia oka

Często
Nieostre widzenie.

Niezbyt często
Podrażnienie oczu.

Zaburzenia serca

Niezbyt często wysięk osierdziowy.

Zaburzenia naczyń

Często
Zapalenie naczyń, może wystąpić krwotok z różnych miejsc ciała.

Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia

Często
Przewlekłe śródmiąższowe zapalenie płuc (często związane ze zwiększeniem liczby granulocytów we krwi), mogące prowadzić do zgonu. Po podaniu doustnym i dokanałowym zgłaszano również ostry obrzęk płuc.

Niezbyt często
Krwawienie z nosa, zwłóknienie płuc, zapalenie płuc, zapalenie pęcherzyków płucnych, astma oskrzelowa, wysięk opłucnowy.

Bardzo rzadko
Po podaniu dużych dawek zgłaszano zespół bólu opłucnej i zgrubienia opłucnej.

Zaburzenia żołądka i jelit

Bardzo często
Ból brzucha, wrzodziejące zapalenie jamy ustnej, nudności, zapalenie śluzówki (najczęściej jamy ustnej, ale także zapalenie dziąseł, a nawet zapalenie jelit, owrzodzenie jelit i krwawienie).

Często
Nudności, wymioty, zapalenie jamy ustnej, biegunka.

Bardzo rzadko
Działanie metotreksatu na śluzówkę jelit prowadziło do zespołu złego wchłaniania lub toksycznego rozszerzenia okrężnicy.

Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych

Często
Toksyczne działanie na wątrobę powodujące: znaczne zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych, ostry zanik wątroby, stłuszczenie, nadwrażliwość na światło, zmiany pigmentacji, krwotok skórny, wybroczyny, telangiektazje, trądzik.

Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej

Niezbyt często
Swięd, pokrzywka, utrata włosów.

Bardzo rzadko
Czyraczność.
Zespół Stevensa-Johnsona i martwica rozplywna naskórka (zespół Leylla).
Zmiany łuszczycowe mogą się nasilić po jednoczesnej ekspozycji na światło ultrafioletowe.
U pacjentów z łuszczycą zgłaszano występowanie owrzodzenia skóry.

Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej

Często
Bóle stawów.

Zaburzenia nerek i dróg moczowych

Bardzo często
Niewydolność nerek, krwimocz, neuropatia.

Często
Mocznica, zapalenie pęcherza moczowego.

Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania

Często
Dreszcze.
Niewyjaśnione uczucie zmęczenia, złe samopoczucie, martwica.

Zaburzenia układu rozrodczego i piersi

Bardzo często
Zapalenie pochwy.

Niezbyt często
Utrata libido / impotencja, owrzodzenia pochwy.

Badania diagnostyczne

Bardzo często
Odwracalne zwiększenie aktywności aminotransferaz.

Często
Znaczne zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych.

Urazy i zatrucia

Bardzo rzadko



DEPRESJA WIADOMOŚCI OGÓLNE

1.1. DEPRESJA RYS HISTORYCZNY

Depresja zasadniczo różni się od przejściowej chandry, uczucia smutku czy żalu z powodu przeżytej jakiegokolwiek straty. Depresja jest chorobą głęboko zmieniającą sposób myślenia człowieka, jego odczuwania i postępowania w różnych trudnych sytuacjach. Może być wypadkową działania licznych czynników wpływających na aktywność mózgu człowieka. Wbrew rozpowszechnionemu przekonaniu nie jest ona wyrazem osobistej słabości: nie można po prostu samoistnie czy siłą woli „wziąć się w garść” i „wyjść” z depresji.

Depresja istnieje od zawsze. Jej opisy możemy znaleźć w najstarszych pismach, pochodzących z wielu starożytnych cywilizacji. Najstarszy opis depresji zawdzięczamy Hipokratesowi – „ojcu medycyny”, żyjącemu w starożytnej Grecji w IV wieku p. n. e. Hipokrates słusznie podejrzewał, że choroby psychiczne wynikają z przyczyn naturalnych, a nie z działania sił nadprzyrodzonych. Według jego teorii melancholia (pierwotne określenie stresu) stanowiła następstwo nadmiernej ilości żółci w śledzionie. Stąd też pochodzi słowo melancholia: melan – czarny, cholia – żółć. W celu pokonywania depresji Hipokrates zalecał przywracanie równowagi między narządami wewnętrznymi, przez stosowanie relaksacji i innych sposobów postępowania, bliskich dzisiejszym zasadom zdrowego stylu życia.

Opisy świadczące o występowaniu depresji w starożytnych cywilizacjach można znaleźć również w Starym Testamencie. Wyznania Joba (Księga Joba: Dyskusja Joba z przyjaciółmi) stanowią klasyczny przykład skarg człowieka dotkniętego depresją. Objawy depresji zdradza król Saul (Stary Testament), opętany przez „złego ducha”, i w ostateczności popełniający samobójstwo. W literaturze staroangielskiej pojawia się słowo „melancholia”. O melancholii pisali Szekspir i Chaucer.

Następnym starożytnym autorem, który stworzył aktualną do dnia dzisiejszego koncepcję jest Aretajos z Kappadocji (30-90 r.n.e.). Obserwował i opisał on melancholię w zakresie obrazu klinicznego, jak i jej przyczyn. Aretajos w opisie depresji wymienia: zniechęcenie, smutek, wyczerpanie i izolowanie się od ludzi, nadwrażliwość, podniecenie, pustkę emocjonalną, zubożenie, narzekanie i utyskiwanie, zniechęcenie do życia, tendencje samobójcze.

Kolejnym obserwatorem melancholii to Galen (130-200 r. n. e.). Twierdził on, że takie stany człowieka, jak: radość, szczęście, uczucie przyjemności oraz smutek, żal, zubożenie, powstają w mózgu i wyrażał nadzieję, że w przyszłości, gdy zostanie poznana fizjologia mózgu, można będzie również określić naturę różnych zaburzeń psychicznych. Melancholię wiązał on z zaburzeniami humoralnymi i nadmiarem oparów „czarnej żółci” docierających do głowy. Aleksandra Musiał opisyje, iż w okresie średniowiecza zmęczenie, poczucie cierpienia i beznadziejności, zaniedbanie higieny osobistej określano mianem „acedii”.

Melancholię (depresję), podobnie jak inne schorzenia, traktowano jako opętanie przez złe duchy, dlatego zazwyczaj chorzy byli potępiani, prześladowani, zmuszani do modlitwy, torturowani, lub też paleni na stosie.

W VIII i IX w. medycyna arabska uruchamia pierwsze w świecie szpitalne oddziały dla chorych psychicznie. W Europie powstały dopiero od wieku XIII. W XVI i XVII wieku pojawia się wzrost zainteresowania obrazem klinicznym melancholii. Paracelsus (1493-1541) melancholię rozpatruje jako chorobę: „która opanowuje człowieka tak, że jest on niewolnikiem smutku, staje się przygnębiony, zniechęcony, znużony, opanowany przez dziwne myśli i spekulacje”. Podobnie Willis melancholię rozumuje jako reakcję chemiczną zachodzącą w mózgu i sercu, a nie jako stan wynikający z przewagi określonych humorów. Markeriusz (1530-1606) i Bellini (1643-1704), wskazywali na fakt, iż melancholii towarzyszą zaburzenia układu pokarmowego i zahamowanie procesów poznawczych.

W 1586r. Bright (1551-1615) dokonał próby wyodrębnienia rodzajów melancholii. Zdaniem uczonego – jest to postać choroby somatycznej, związana z ogólnym wyczerpaniem organizmu, w której dominuje osłabienie umysłu.

Podział ten w przybliżeniu odpowiada współczesnemu rozumieniu depresji egzogennej i psychogennej. Profesor Stanisław Pużyński opisuje, że w XVIII wieku pojawiły się pierwsze próby umiejscowienia melancholii w klasyfikacji ogółu zaburzeń psychicznych.

Vogel (1724-1774) podzielił zaburzenia psychiczne na sześć grup: melancholia, mania, fatuidas, stupiditas, amentia i oblivio. Autor melancholię, a także manię wiązał z chorobą mózgu i zaliczał do grupy „morbi deliri”. Dressing (1770-1809) dokonał podziału na: melancholię, manię i zaburzenia związane z upośledzeniem umysłowym. Rozróżniał melancholię prawdziwą, związaną z głębokim smutkiem oraz rzekomą, bez obniżonego nastroju. Nowe spojrzenie na melancholię w zakresie rozumienia jej przyczyn dała Perfect (1740-1789), wskazując na czynniki wrodzone.

W XVII wieku w leczeniu melancholii stosowano wiele metod, były to: chinina, odwary z liści pokrzyw, kamfora, związki arsenu, środki przeczyszczające, wymiotne, upusty krwi, muzykoterapię, wysiłek fizyczny, częste stosunki płciowe, ciepłe kąpiele, długi sen, lekką dietę, opium. W 1792 roku w Anglii po raz pierwszy zastosowano leczenie wstrząsami elektrycznymi. Taką metodą zainicjował Birch (1745-1815) stosując pocieranie, czyli elektryzowanie głowy pacjentki.

Przez kolejne wieki tajemnicę melancholii zgłębiało i rozszerzało wielu filozofów i lekarzy. Chorobę tę niełatwo było rozpoznać i zdefiniować, tak jak jej szeroki i nieprecyzyjny zakres. Termin melancholia, używany był przez długie lata, a od XIX wieku zaczęto używać określenia - depresja. Termin ten spopularyzował Adolf Meyer (1866-1950) i wyparł on skutecznie pojęcie melancholii. Rozpatrywał on depresję jako przejaw reakcji obejmujących obniżenie podstawowego nastroju oraz zahamowanie licznych procesów psychicznych, zjawisk vegetatywnych i ruchowych. Meyer zwracał uwagę, że

reakcje te mogą występować nie tylko w psychozie maniakalno depresyjnej, ale również w chorobach organicznych mózgu, w schizofreniach i psychozach lękowych.

Kolejnym naukowcem i twórcą koncepcji psychozy maniakalno – depresyjnej był Kraepelin (1856-1926).

Wyodrębnił on kilka postaci chorób afektywnych, które rozpatrywał jako oddzielne schorzenia. W kompendium wydany 1883 roku używał takich terminów, jak: cykliczny obłąd, okresowa mania, okresowa melancholia, które zaliczał do grupy „psychoz okresowych”. Koncepcja Kraepelina wywarła ogromny wpływ na poglądy psychiatrów na przełomie XIX i XX wieku i istotnie zaważyła na dalszym rozwoju wiedzy o chorobach afektywnych. Teoria ta przetrwała w formie niezmienionej ponad pół wieku. Dopiero prace Leonharda (1957-1966) wykazały, że przebieg chorób afektywnych mają charakter polarny. W swoich pracach wyodrębnił on postaci depresji jedno i dwubiegunowych.

Podążając za Bukowczyk (1962) można zobaczyć jak na przestrzeni dziejów rozpatrywano problem smutków, depresji i psychoz poporodowych. Według Hipokratesa, u kobiet po porodzie występował stan wycieńczenia i niepokoju. Przyczyną tych objawów była brudna zanieczyszczona krew, która wędrowała z macicy do głowy i przez to pogarszała samopoczucie kobiety. Podobnie twierdził Galen. Uważał on, że przyczyną psychicznych zaburzeń u położnicy było napłynięcie do piersi zamiast mleka krwi i wyrzut gorącej krwi do mózgu.

Naukowcy - Monteil (1615), Sonnert (1632), Schultius (1705), Uehr (1740) stwierdzili, iż przyczyną depresji po porodzie są nieprawidłowe przemiany wewnątrzustrojowe. Kolejnym uczonym, który zajmował się tym problemem był Puzos (1759), który twierdził, że schorzenia te powstają na skutek odkładania się mleka w mózgu w postaci złągów, co podnosi ciepłotę ciała i wywołuje objawy choroby.

Na początku XIX wieku problem widziano w trudnej sytuacji porodu. i uznano depresję poporodową za specyficzny przypadek schizofrenii bądź psychozy maniakalno – depresyjnej. I mimo, że pod koniec tego okresu stwierdzono, iż hormony wywierają silny wpływ na psychikę kobiety, termin depresji poporodowej powrócił na nowo do literatury dopiero w latach trzydziestych XX wieku.

Jednak dopiero w 1994 roku depresja poporodowa zaliczona została do zaburzeń psychicznych. Przez lata brak jednolitego nazewnictwa, wyróżnienia schorzeń i przypisania im, w sposób nie budzący wątpliwości, objawów doprowadzał do rażących różnic w stawianych diagnozach. Wielu uczonych rozpoczęło prace nad systemem klasyfikacji chorób psychicznych. Powstawały kolejno różne klasyfikatory, aktualnie obowiązujący powstał w 1994 roku DSM – IV (IV wydanie Diagnostyki i statystyki zaburzeń psychicznych).

Obecnie w Europie obowiązuje klasyfikacja ICD-10. Klasyfikacja ta rozróżnia: epizod maniakalny, zaburzenia afektywne dwubiegunowe, epizod depresyjny, zaburzenia depresyjne nawracające, uporczywe zaburzenia nastroju, krótkotrwałe zaburzenia depresyjne.

Jak opisałam zaburzenia depresyjne towarzyszą ludzkości od początku jej istnienia. Wraz z rozwojem kultury oraz słowa pisanego pogłębiano wiedzę na jej temat, a także wskazywano różną etiologię oraz sposoby leczenia. Mimo wielkiego postępu medycyny wiemy, że objawy depresji mogą nakładać się na objawy innych chorób. Choć współczesna wiedza o depresji wynika z poglądów minionych stuleci i oparta jest o nowoczesną technologię badawczą to nadal pozostawia wiele pytań w zakresie rozumienia etiologii i patogenezy zaburzeń afektywnych.

1.2. KLASYFIKACJA DEPRESJI

Słowo „depresja” ma wieloznaczną treść. W języku codziennym jest stosowane do określenia złego samopoczucia, przygnębienia, obniżonego nastroju niezależnie od przyczyn tego stanu. W psychiatrii i psychologii terminem tym określa się szczególnego rodzaju zaburzenia nastroju i emocji. Są to takie stany, które można uznać za zjawisko chorobowe, a więc wymagające pomocy lekarskiej. Granica między depresją (jako chorobą), a „normalnym” przygnębieniem nie jest ostra, co nie oznacza bezradności diagnostycznej.

W piśmiennictwie prezentowane są różne klasyfikacje depresji. Poświęcono im dużo miejsca w literaturze psychologicznej i psychiatrycznej. „Leksykon psychiatrii” przedstawia dwie klasyfikacje:

- 1) klasyfikacja ze względu na obraz kliniczny – tutaj wyróżnia się między innymi:
 - a) depresja prosta,
 - b) depresja zahamowana – jej skrajnym nasileniem jest osłupienie depresyjne,
 - c) depresja lękowa,
 - d) depresja z podnieceniem ruchowym,
 - e) zespół depresyjno – urojeniowy.
- 2) klasyfikacja ze względu na rodzaj czynnika przyczynowego – zalicza się tutaj:
 - a) stany depresyjne spowodowane różnorodnymi wydarzeniami życiowymi, związanymi z tymi urazami psychicznymi (są to zwykle różnorodne straty emocjonalne). Stany takie nazywane są depresjami psychogennymi,
 - b) stany depresyjne występujące w przebiegu różnych chorób somatycznych, chorób ośrodkowego układu nerwowego czy w trakcie stosowania niektórych leków. Są one nazywane depresjami somatogennymi.
 - c) depresje pojawiające się w przebiegu chorób afektywnych, określane mianem depresji endogennych.

Na uwagę zasługuje podział dokonany przez Stanisława Pużyńskiego (1979). Wyodrębnił on trzy rodzaje podejść teoretycznych i, co za tym idzie, trzy koncepcje klasyfikacji zaburzeń depresyjnych:

- 1) podejście unitarystyczne,
- 2) podejście nozologiczne,
- 3) podejście symptomatologiczne.

Koncepcja unitarystyczna – zakłada, iż wszystkie stany depresyjne mają jednolity proces chorobowy biorąc pod uwagę przyczyny i mechanizm działania choroby. Psychiatrzy o orientacji psychoanalitycznej i psychodynamicznej zakładają,



że wszystkie depresje lub ich zdecydowana większość ma przyczyny psychogenne i są reakcją osobowości na wydarzenia intrapsychiczne zachodzące w świecie zewnętrznym, lub są wyuczonym wzorcem reagowania.

Podejście unitarystyczne zakłada, że ogół depresji uwarunkowany jest zaburzeniami przemiany materii organizmu, czyli ma podłoże endogenne i wiąże się z wrodzonymi predyspozycjami do zachorowania. Niektórzy przedstawiciele tej koncepcji dowodzą, iż liczne postaci zaburzeń nerwicowych to również endogenne stany depresyjne.

Koncepcja nozologiczna – wyodrębnia tyle depresji, ile jest przyczyn ich powstania. Najprostszy podział depresji według tej koncepcji stworzył Mobius (1893). Klasyfikacja ta dzieli depresje na reaktywne (psychogenne) i endogenne. Jego podział nozologiczny do dziś cieszy się dużą popularnością wśród psychiatrów całego świata.

Do podziału Mobiusa nawiązują wszystkie inne podziały dychotomiczne.

Koncepcja symptomatologiczna – jak wskazuje nam nazwa, podejście to za punkt wyjścia odbiera symptomatologię. Wyodrębnia się tutaj dwie tendencje: minimalistyczną – która zakłada podział depresji na psychotyczną i niepsychotyczną, oraz maksymalistyczną – w której wyodrębniono obrazy kliniczne depresji.

John Preston zwraca uwagę na ważny fakt, iż depresja może mieć różnorodne oblicza. W depresji klinicznej (endogennej) wyróżnił on trzy kategorie:

- 1) depresję psychologiczną,
- 2) depresję biologiczną,
- 3) depresję mieszaną.

Depresja psychologiczna – jest reakcją emocjonalną na przeżyte rozczarowanie i poniesione straty. U podłoża tej depresji leży psychologiczna reakcja człowieka na konkretne wydarzenia. Czynniki psychologiczne lub emocjonalne może być nagły i oczywisty lub podstępny i działający przez długi okres czasu, ale pochodzi on od jakiejś zmiany w życiu człowieka – zmiana stylu życia, pracy, relacji z innymi ludźmi... Depresja psychologiczna charakteryzuje się tym, że powoduje tylko psychologiczne (emocjonalne) objawy i nie zmienia biologicznych funkcji organizmu. Do takich psychologicznych objawów depresji zaliczyć można: smutek i rozpacz, rozdrażnienie, apatię, poczucie winy, niską samoocenę, trudności w relacjach międzyludzkich, brak motywacji, negatywne myśli i myśli samobójcze.

Depresja biologiczna – jest to pod wieloma względami choroba ciała. Depresja ta jest z kolei skutkiem zmian biologicznych zachodzących w organizmie człowieka, a nie zmian w życiu człowieka. Objawy pojawiają się nagle i bez konkretnego powodu. Zwykle chory jest zdziwiony tymi objawami i nie rozumie co się z nim dzieje. Oprócz objawów psychologicznych lub emocjonalnych w depresji biologicznej zwykle występują symptomy somatyczne, które są spowodowane zaburzeniami funkcji chemicznych w zakresie układu hormonalnego i nerwowego. Objawy depresji biologicznej to: zaburzenia łaknienia i snu, zanik popędu seksual-

nego, brak energii życiowej, ciągłe zmęczenie, anhedonia (brak odczuwania radości).

Od dawna wiadomo, że zaburzenia nastroju występują rodzinnie. Ryzyko zespołu depresyjnego wzrasta, jeżeli jedno z rodziców lub rodzeństwa przeżywało depresję przed 30 rokiem życia (Paulus – 1992; Weissman – 1986). Ponadto Wender (1986) podaje, że osoby adoptowane, cierpiące na zaburzenia nastroju, często mają bliskich krewnych biologicznych z takimi zaburzeniami. Trwają badania które mają wyodrębnić geny odpowiadające za te zaburzenia.

Depresja mieszana – jest to depresja w której nakłada się depresja psychologiczna z biologiczną. W tych przypadkach objawy pojawiają się w związku reakcją psychologiczną na jakieś wydarzenie, a towarzyszą im symptomy fizjologiczne. Objawy depresji mieszanej to: hipochondria, nadużywanie środków psychotropowych lub alkoholu, trudności z koncentracją uwagi i krótkotrwałe zaburzenia pamięci, wyraźne wahania nastroju, niepokój i nadwrażliwość emocjonalna – gniew, rozdrażnienie.

Wymieniłam powyżej tylko niektóre klasyfikacje depresji, aby pokazać iż kryteria oceny depresji mogą być różnorodne. Różnice w tych klasyfikacjach nie są ostre, pokrywają się one ze sobą i dlatego można używać różnych określeń depresji.

Świadomie przytoczyłam tylko te klasyfikacje, ponieważ depresje okołoporodowe są najbardziej zbliżone do kategorii mieszczących się w tych podziałach. Według literatury psychologicznej oraz medycznej istnieje kilka klasyfikacji poporodowych zaburzeń emocjonalnych. Jednak najbardziej rzetelne informacje na ten temat zawarte są w DSM IV (1994). Według tego podziału, emocjonalne zaburzenia okołoporodowe można określić jako wielka depresja, depresja jedno- lub dwubiegunowa, albo też jako krótki epizod psychotyczny (w przypadku gdy objawy depresji przedłużają się ponad cztery tygodnie po porodzie).

1.3. OBRAZ KLINICZNY DEPRESJI

Warunkiem rozpoznawania zaburzeń depresyjnych jest znajomość obrazu klinicznego depresji typowej. Depresja typowa stanowi punkt wyjścia i odniesienia do diagnostyki wszelkich innych stanów depresyjnych, które w rzeczywistości są tylko odmianami klinicznymi tego podstawowego zespołu depresyjnego. Typowa depresja nazywana jest też – dużą depresją, dużym epizodem depresyjnym lub depresją endogenną.

Depresja może występować pod różną postacią, rozpoznawaną w zależności od przewagi określonych objawów, okoliczności ich występowania, czasu trwania i jej nasilenia. Jednakże dokładne jej rozróżnienie nie zawsze jest jednoznaczne i wyraźne z powodu wielu wspólnych cech, mogących się na siebie nakładać. W procesie rozpoznawania depresji psychogennej często pojawia się podstawowe pytanie, które reakcje człowieka na uraz psychiczny są w granicach normy, a które można uznać za stan chorobowy? Według poglądów Bindera (1960) w depresji reaktywnej (czyli w chorobie) pojawia się przesadna reakcja do przyczyny, która ją wywołała. Jednak ocenę adekwatności reakcji danego

człowieka na sytuację psychiczną należy indywidualizować i dokonywać w odniesieniu do indywidualnych cech osobowości osoby chorej.

Stanisław Pużyński podaje, że depresja typowa (duża depresja, depresja typu endogennego, epizod depresyjny o znacznym nasileniu) obejmuje kilka charakterystycznych cech:

- 1) obniżenie podstawowego nastroju - smutek, przygnębienie, zniechęcenie, niekiedy zubożenie, które uniemożliwia odczuwanie uczucia radości (anhedonia), a także i smutku,
- 2) objawy i skargi somatyczne – bóle głowy okolicy potylicznej, bóle typu neuralgicznego, utrata apetytu, czasami jadłowstręt, dyskomfort, rozlane bóle w jamie brzusznej, zaparcia, ubytek masy ciała, poczucie duszności i „płytkiego oddechu”, umiarkowana tachykardia lub bradykardia, suchość w jamie brzusznej, wzmożona potliwość, palenie, pieczenie skóry, błon śluzowych, poczucie oziębienia stóp i dłoni,
- 3) lęk – występujący w depresji utrzymuje się niemal stale, ma różne nasilenie i osiąga znaczne rozmiary pojawia się niepokój i pobudzenie ruchowe,
- 4) osłabienie tempa procesów psychicznych – poczucie utraty energii, stałego zmęczenia, jednostajne spowolnienie tempa myślenia, zaburzenia koncentracji, osłabienie pamięci, poczucie niesprawności intelektu, spowolnienie ruchów lokomocyjnych, poczucie małej wartości, poczucie winy, pesymistyczna ocena bieżących problemów,
- 5) zaburzenia rytmu okołodobowego – (dają nam w obrazie klinicznym cechy charakterystyczne) zaburzenia rytmu snu i czuwania – bezsenność lub wielokrotne budzenie się, albo zwiększona potrzeba snu, u wielu chorych zespoły depresyjne nasilają się rano, natomiast po południu samopoczucie ulega poprawie,
- 6) zaburzenia treści myślenia – dominują w nim sądy depresyjne, negatywna ocena siebie, swojego postępowania, zdrowia, pesymizm, złe widzenie swojej przyszłości (pacjent postrzega wszystko w „czarnych barwach”, znacznie odbiegających od rzeczywistości), może mieć urojenia katastroficzne, grzeszności, winy oraz lęku,
- 7) zaburzenia funkcjonowania w grupie społecznej – utrata zainteresowań światem zewnętrznym, abulia, poczucie niesprawności psychicznej i fizycznej, skoncentrowanie się przez chorego na swoich depresyjnych przeżyciach powoduje zerwanie kontaktów z ludźmi,
- 8) zniechęcenie do życia i próby samobójcze – są logiczną konsekwencją stanu depresji.

Według teorii Aarona Becka, do powstania depresji przyczyniają się dwa mechanizmy: triada poznawcza i błędy logicznego myślenia. Triada poznawcza to głównie negatywne myśli na temat własnego „ja”. Cierpiący na depresję uważa, że jest człowiekiem ułomnym, bezwartościowym i nieodpowiednim.

Doznane nieprzyjemne doświadczenia przypisuje swojej bezwartościowości. Niska samoocena cierpiącego wynika z tego, że uważa się za osobę kaleką. A ponieważ w swoim mniemaniu jest ułomny, to jest przekonany, że nigdy nie zazna szczęścia.

Błędy logicznego myślenia według Becka przyćmiewają doświadczenia cierpiącego na depresję, a należą do nich: arbitralne wnioskowanie, abstrakcja selektywna, nadmierne uogólnianie, wyolbrzymianie i pomniejszanie, oraz personalizacja.

- 1) arbitralne wnioskowanie to wyciąganie wniosków mimo braku przesłanek,
- 2) abstrakcja selektywna obejmuje skupienie się na nieistotnym szczególe, z pominięciem innych ważniejszych aspektów sprawy,
- 3) nadmierne uogólnianie to wyciąganie wniosków na podstawie jednego faktu,
- 4) wyolbrzymianie i pomniejszanie powoduje, że chory wyolbrzymia małe, ale negatywne wydarzenia, a pomniejsza pozytywne,
- 5) personalizacja polega na braniu na siebie negatywnych wydarzeń.

Duża depresja może wystąpić tylko jeden raz w życiu, ale może mieć charakter nawracający. Po wystąpieniu pierwszego epizodu prawdopodobieństwo nawrotu choroby wynosi 50%.

1.4. ETIOLOGIA DEPRESJI

Dokładna i jednoznaczna przyczyna depresji jest nadal nieznana, jednakże naukowcom udało się zidentyfikować liczne czynniki ryzyka. W wielu przypadkach depresja nie jest następstwem tylko jednego czynnika, ale co najmniej kilku z nich. Dokonywane przez szereg lat odkrycia badaczy w zakresie etiologii poszczególnych zaburzeń afektywnych doprowadziły do przyjęcia założenia, iż za powstanie depresji odpowiada wiele czynników, przy czym głównie współdziałają tu ze sobą czynniki biologiczne i psychologiczne.

1.4.1. Czynniki biologiczne

Czynnikiem wywołującym depresję są zaburzenia całego organizmu, w tym predyspozycje genetyczne, brak równowagi biochemicznej, negatywne myśli i melancholijny nastrój. W ostatnich latach większość funduszy przeznaczonych na badania psychiatryczne poświęcono na rozpoznanie biologicznych przyczyn depresji. W ciągu ostatnich dziesięcioleci badacze wykazali, że depresja ma ścisły związek ze zmianami w mózgu. Jednak do dzisiaj nie wyjaśniono wielu szczegółów. Nie wiadomo, czy stan depresji powoduje jeden i ten sam czynnik i na czym polegają zaburzenia zachodzące na poziomie mózgu.

Trudności w dociekanii biologicznego podłoża depresji są spowodowane samą specyfiką budowy i działania mózgu – jako narządu najtrudniejszego do badania. Według Davida Myersa musimy na razie ograniczyć się do znanych faktów i dlatego omówimy tylko dwa znane główne czynniki biologiczne jakimi są:

- 1) czynniki genetyczne – Od dawna wiadomo, że zaburzenia nastroju występują rodzinnie. Jeżeli depresja wystąpiła u jednego z bliźniąt jednojajowych, to istnieje prawdopodobieństwo jeden do dwóch, iż to samo dotknie kiedyś drugiego bliźniaka. Także osoby adoptowane, które cierpią na zespoły depresyjne, często mają biologicznych bliskich krewnych którzy wykazują zaburzenia nastroju, są alkoholikami, albo



podejmują próby samobójcze. Ciągłe trwają poszukiwania genów zagrażających depresją. Aby wyodrębnić geny powodujące depresję, naukowcy posługują się analizą powiązań. Badają rodziny, w których zaburzenia występowały przez kilka pokoleń. Następnie pobierają krew od członków rodzin (od zdrowych i od dotkniętych zaburzeniami) i badają ich DNA w poszukiwaniu różnic,

- 2) przemiany biochemiczne – przemiany biochemiczne, wpływające na zachowanie człowieka są kierowane przez geny. Biologicznym kluczem są neuroprzekazniki (cząsteczki które przekazują sygnały pomiędzy komórkami nerwowymi) – serotoniny i norepinefryny. Norepinefryna jest to neuroprzekaznik zwiększający pobudzenie i poprawiający nastrój. Poziom serotoniny możemy podnieść regularnie ćwicząc fizycznie, tym samym łagodząc depresję.

1.4.2. Czynniki psychologiczno - społeczne

Zwiększone ryzyko depresji dotyczy osób obciążonych trudnymi warunkami społecznymi z nakładającymi się różnego rodzaju problemami życia codziennego.

W wielu przypadkach depresja nie jest następstwem jednego czynnika, ale kombinacji co najmniej kilku z nich.

Do czynników psychologiczno – społecznych możemy zaliczyć:

- 1) sytuacje stresujące – śmierć, problemy uczuciowe, ważne wydarzenia życiowe, stres w pracy zawodowej, trudna sytuacja ekonomiczna,
- 2) wcześniejsze doświadczenia – wykorzystywanie w dzieciństwie, przemoc w rodzinie, stres pourazowy, alkoholizm rodziców lub partnera, rozwód rodziców, długotrwała choroba jednego z rodziców, nasilone konflikty między rodzicami,
- 3) problemy psychologiczne – zaburzenia lękowe, zespół lęku uogólnionego, fobie społeczne, zaburzenia lękowe z napadami paniki, zaburzenia obsesyjno – kompulsyjne, zaburzenia łaknienia (anoreksja, bulimia, napadowe objadanie się), dysmorfofobia – zaburzenia obrazu własnego ciała, zaburzenia osobowości ,
- 4) uzależnienia chemiczne i lekowe – alkoholizm, narkotyki, niepożądane działanie niektórych zaleconych przez lekarzy leków, lub nagłe odstawienie niektórych z nich ,
- 5) współistniejące choroby somatyczne – zaburzenia hormonalne (choroby tarczycy, menopauza, poród, ciąża), choroba Addisona, choroba Cushinga, choroba Alzheimera, choroba Parkinsona, przewlekłe zespoły bólowe, udar mózgu, nowotwory, choroba niedokrwienna serca, inne choroby przewlekłe (padaczka, HIV, choroby płuc, ciężkie awitaminozy).

Tak liczna lista czynników wywołujących depresję nie zdaje się chyba w żadnej innej chorobie. Dlatego zastanawiając się nad etiologią i problemem depresji z pewnością możemy powiedzieć, że jest on niebagatelny i bardzo złożony. Stykamy się z nim niejednokrotnie i jako służby medyczne nie powinniśmy przechodzić obok niego obojętnie. ■

Aldona Górniak

PODSTAWOWE ZABIEGI RESUSCYTACYJNE

Obiektem zabiegów resuscytacyjnych jest umierający człowiek, potencjalnie zdolny do życia, u którego proces umierania rozpoczął się od jednego z układów decydujących o życiu, tzn. od układu oddechowego, układu krążenia lub centralnego układu nerwowego. Powodzenie czynności ratowniczych zależy od wielu czynników, z których najważniejsze to;

- potencjalna zdolność do życia ofiary (czynnik często niewidoczny w chwili podejmowania resuscytacji)
- czas od zatrzymania krążenia do podjęcia efektywnych zabiegów resuscytacyjnych
- kompetentne działania ratownika (wiedza, umiejętności, organizacja)

Czynniki, które wpływają na ostateczny wynik końcowy resuscytacji przedstawiają się jako tzw. „łańcuch przeżycia”, na który składają się cztery ogniwa;

- 1.ogniwo - szybkie rozpoznanie zagrożenia życia oraz wezwanie pomocy medycznej. Wczesne i skuteczne działanie może zapobiec wystąpieniu NZK
- 2.ogniwo - szybkie rozpoczęcie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych - BLS przez świadków zdarzenia może nawet trzykrotnie zwiększyć szansę przeżycia NZK osób z migotaniem komór
- 3.ogniwo -jak najszybsza defibrylacja elektryczna - resuscytacja krążeniowo-oddechowa (RKO) wykonana w czasie 3--5 min. od utraty przytomności może zwiększyć przeżycie o 49-75 %
- 4.ogniwo - wczesne wdrożenie specjalistycznych zabiegów resuscytacyjnych (ALS), opieka i leczenie poresuscytacyjne mają duży wpływ na ostateczny wynik

Shanse przeżycia osoby z NZK są także zależne od szybkiego wdrożenia trzech pierwszych ogniw łańcucha przez świadków zdarzenia. Podstawowe zabiegi resuscytacyjne (BLS) mogą być podjęte po zbadaniu poszkodowanego za pomocą prostego algorytmu. Prawidłowo prowadzona resuscytacja składa się z „kroków” (etapów) następujących w ściśle określonej kolejności i poprzedzonych oceną.

ALGORYTM BLS

NIE REAGUJE



zawołaj pomoc

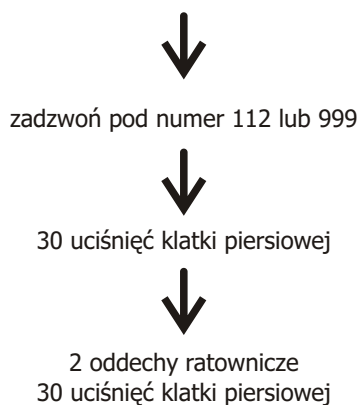


udroźnij drogi oddechowe



BRAK PRAWIDŁOWEGO ODDECHU





Kolejność czynności ratowniczych;

1. Zapewnij bezpieczeństwo własne, ratowanego i świadków zdarzenia
2. Sprawdź, czy ratowany reaguje na głos, dotyk (zawołaj, delikatnie potrząśnij)
 - a) tak, reaguje;
 - pozostaw go w pozycji, w jakiej go zastałeś (o ile jest to dla niego bezpieczne)
 - uzyskaj informacje o stanie i oceń stan poszkodowanego
 - wezwij pomoc - jeśli potrzeba regularnie oceniał jego funkcje życiowe
 - b) nie reaguje;
 - głośno wołaj o pomoc
 - odwróć chorego na plecy - jeśli konieczne
 - udroźnij drogi oddechowe ratowanego
3. Utrzymując cały czas drożność dróg oddechowych, oceń układ oddechowy ratowanego
 - a) tak, oddycha prawidłowo;
 - zastosuj u ratowanego pozycję bezpieczną (nie dotyczy pacjentów z podejrzeniem urazu kręgosłupa)
 - wyślij kogoś po pomoc lub udaj się po nią sam
 - regularnie oceniał oddech ratowanego
 - b) nie oddycha lub oddech nieprawidłowy;
 - wyślij kogoś po pomoc lub udaj się po nią sam
 - w trakcie oceny oddychania zwróć uwagę na oznaki zachowanego krążenia i/lub
 - tętno na tętnicy szyjnej (doświadczony ratownik medyczny)
 - obecność oznak zachowanego krążenia (kaszel lub jakikolwiek mimowolny ruch ratowanego)
 - stwierdź obecność tętna na tętnicach szyjnych
4. Rozpocznij uciskanie klatki piersiowej (pośredni masaż serca)
 - uklęknij obok poszkodowanego na wysokości jego klatki piersiowej
 - połóż nadgarstek jednej ręki na środku klatki piersiowej w linii środkowej ciała
 - dołącz nadgarstek drugiej ręki
 - uciskaj klatkę piersiową 30 razy na głębokość 4-5 cm z częstością 100 razy na min. po wykonaniu 30 uciśnień klatki piersiowej udroźnij drogi oddechowe
 - wykonaj dwa skuteczne oddechy ratownicze (objętość 500-600 ml, czas wdmuchiwania 1 s)

- kontynuuj uciskanie klatki piersiowej i oddechy w stosunku 30 do 2

Jeżeli pierwszy oddech ratowniczy jest nieskuteczny (klatka piersiowa nie uniosła się prawidłowo), sprawdź i oczyść jamę ustną poszkodowanego, usuń widoczne ciała obce, popraw drożność dróg oddechowych i wykonaj kolejno nie więcej niż dwa oddechy. Resuscytację przerwij dopiero wtedy, gdy poszkodowany zacznie prawidłowo oddychać. Jeżeli ratowników jest więcej, powinni zmieniać się co 2 min. Zamiany powinny być wykonywane szybko i sprawnie, tak aby przerwy w resuscytacji były jak najkrótsze. W sytuacji gdy nie można lub nie chcesz prowadzić sztucznej wentylacji, ogranicz się do uciskania klatki piersiowej (jak opisano w punkcie 4). Rób to bez przerw z częstością 100/min. W pierwszych minutach NZK z powodów sercowych zawartość tlenu we krwi jest wysoka. Utlenowanie ważnych życiowo narządów (serce, mózg) zależy bardziej od rzutu serca niż od zawartości tlenu w płucach. Dlatego uciskanie klatki piersiowej ma znaczenie priorytetowe i RKO należy zacząć od uciskania klatki piersiowej.

Zabiegi ratownicze prowadzisz do chwili;

- przyjazdu specjalistycznych służb medycznych
- gdy poszkodowany zacznie prawidłowo oddychać
- gdy ulegniesz wyczerpaniu

Zaniechanie resuscytacji;

- Pacjenci umierający z powodu starości z nieodwracalnym wyczerpaniem fizjologicznych możliwości życia (naturalna śmierć starcza)
- Pacjenci umierający z powodu chorób całkowicie degradujących organizm i nieuchronnie prowadzących do zgonu, na obecnym zaś etapie wiedzy wiadomo jest, że nie możesz ich uratować (zaawansowana choroba nowotworowa, zejściowa niewydolność nerek z nieodwracalnymi powikłaniami itp.) czyli obiektywna wiedza o dotychczasowej jakości życia pacjenta
- Pacjenci, u których uprzednio (zgodnie z odpowiednimi przepisami) rozpoznano śmierć pnia mózgu
- Pacjenci, u których nie istnieją fizjologiczne warunki zapewniające (choćby w najmniejszym stopniu) skuteczność resuscytacji np. rozległe zniszczenie tkanki mózgowej, zmiążdżenie klatki piersiowej z nieodwracalnym uszkodzeniem narządów (serce, płuca, duże naczynia), masywne oparzenia ze zwęgleniem, maceracja płodu itp.
- Czynności resuscytacyjnych nie podejmuje się w razie stwierdzenia pewnych znamion śmierci (plamy opadowe, stężenie pośmiertne)
- Kiedy podjęcie akcji resuscytacyjnej bezpośrednio zagraża życiu ratownika ■

Izabela Szczypiór
pielęgniarka O.I.O.M.
W.S.S. w Częstochowie



INFORMACJA PRASOWA

w sprawie podpisania Deklaracji z dnia 10 maja 2010 r. nr 40/2010

W dniu 27.10.2010 r. odbyła się w Parlamencie Europejskim Debata pt. „Who Takes care for those who care? Putting a human face to EU Human Policy – making” (*Kto zatroszczy się o tych, którzy świadczą opiekę? – wprowadzenie ludzkiej twarzy do polityki UE*).

Inicjatorem Debaty była Europejska Federacja Stowarzyszeń Pielęgniarek (EFN - European Federation of Nurses Associations) we współpracy z EPHA (European Public Health Alliance). Celem debaty była analiza aktualnych problemów dotyczących personelu medycznego (głównie pielęgniarek) w Unii Europejskiej.

W debacie wzięli udział: Paulina Daczkowska – pielęgniarka, Polska; Evgeniya Adarska – pacjent, Bułgaria; dr Peter Apinis – lekarz, Litwa.

W spotkaniu uczestniczyli Posłowie do Parlamentu Europejskiego zaangażowani w inicjatywę dotyczącą zasobów ludzkich w ochronie zdrowia, z inicjatywy których powstała Deklaracja 40/2010: Oana Elena Antonescu MEP (Rumunia, EPP), Jean Lambert MEP (Wielka Brytania, Greens / EFA), Marisa Matias MEP (Portugalia, GUE / NGL), Marc Tarabella MEP (Belgia, S & D) i Antonia PARVANOVVA MEP (Bułgaria, ALDE).

Polskę reprezentowali przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego: Dorota Kilańska i Beata Dobrowolska.

Zamysłem organizatorów debaty było pokazanie osobistych historii zaproszonych gości opowiadanych z zarówno z perspektywy pracowników ochrony zdrowia, jak i pacjentów. Świadczenia uczestników debaty dotyczyły m.in. problemów związanych z mobilnością pracowników medycznych i uznawaniem ich kwalifikacji w UE, bezpieczeństwa pacjenta i sposobów pozyskiwania zasobów ludzkich dla potrzeb ochrony zdrowia.

Obecnie kluczowymi działaniami w UE jest opracowanie planu pozyskiwania i zatrudnienia personelu medycznego; wdrażanie strategii rekrutacji, utrzymania oraz rozwijania dobrze wykształconych i zmotywowanych pracowników; jak również różnicowania ich kompetencji dla zaspokojenia potrzeb klienta/pacjenta.

W tym kontekście, jako kontynuacja działań Parlamentu Europejskiego jest wystosowane oświadczenie pisemne w sprawie pracowników ochrony zdrowia w UE, podpisane przez 182 posłów. Wśród nich 15 spośród 50 Posłów do Parlamentu Europejskiego z Polski:

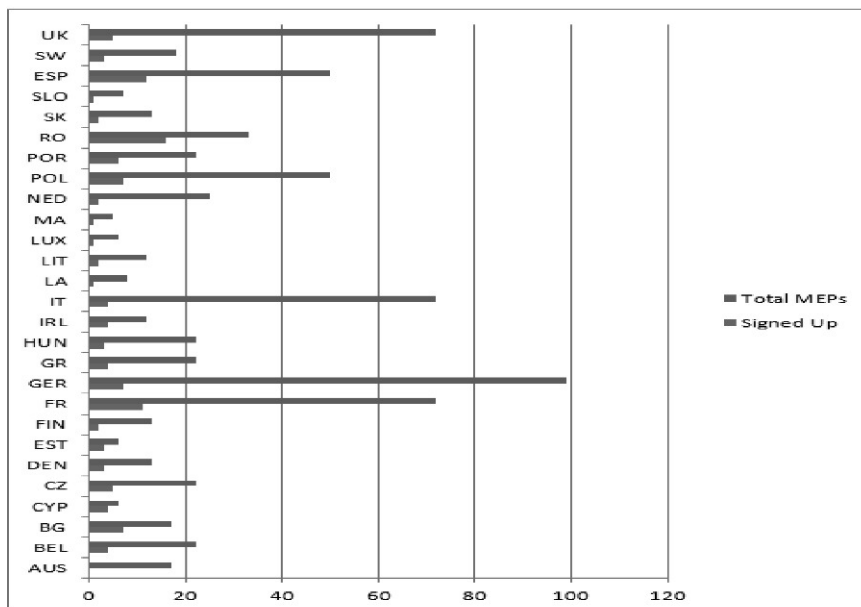
1. Piotr Borys (EPP PO)
2. Lidia Joanna Geringer de Oedenberg (S & D PO)
3. Adam Gierek (S & D PO)
4. Małgorzata Handzlik (PPE PO)

5. Jolanta Emilia Hibner (EPP PL)
6. Filip Kaczmarek (PPE PL)
7. Jarosław Kalinowski (EPP PL)
8. Lena Kolarska-Bobińska (EPP PO)
9. Jan Kozłowski (EPP PL)
10. Elżbieta Katarzyna Łukacijewska (EPP PO)
11. Jan Olbrycht (EPP PO)
12. Mirosław Piotrowski (str. PL)
13. Marek Siwiec (S & D PL)
14. Janusz Wojciechowski (ERC PL)
15. Zbigniew Ziobro (ECR PL)

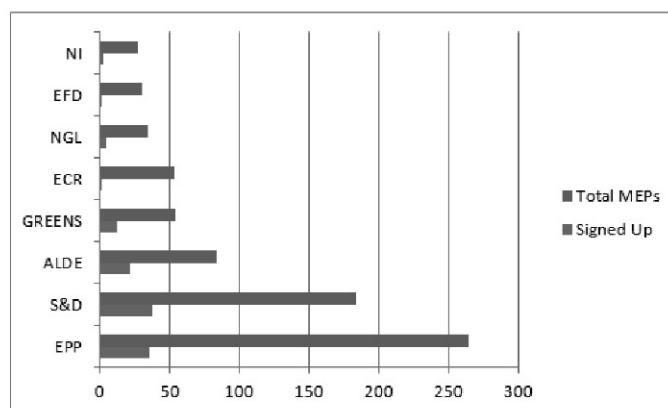
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie bardzo dziękuje Pani Elżbiecie Łukacijewskiej za zaangażowanie w działania na rzecz poparcia Deklaracji 40/2010.

Dziękujemy wszystkim Posłom do Parlamentu Europejskiego, którym nie jest obojętna sytuacja w ochronie zdrowia.

Zestawienie podpisów pod Deklaracją wg krajów reprezentowanych w Parlamencie Europejskim:



oraz partii zarejestrowanych w Parlamencie Europejskim



Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Bruksela, 29 października 2010 r.

MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWA



PROMOCJA ZDROWIA INWESTYCJĄ W SPOŁECZEŃSTWO XXI WIEKU

- I/ Społeczno-kulturowe uwarunkowania edukacji zdrowotnej wśród mieszkańców Polski Wschodniej
- II/ Stan obecny i perspektywy rozwoju edukacji zdrowotnej mieszkańców Polski Wschodniej.
- III/ Społeczeństwo polskie a edukacja zdrowotna
- IV/ Perspektywy rozwoju promocji zdrowia w Unii Europejskiej
- V/ Varia

Kielce, 18-19 marca 2011

www.promocjazdrowia.wseip.edu.pl
e-mail promocjazdrowia@wseip.edu.pl

NACZELNA IZBA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 8 listopada 2010 r.

Szanowni Państwo,
uprzejmie informuję, że z dniem 8 listopada 2010 r. nastąpiła zmiana siedziby Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

**Nowy adres biura: ul. Pory 78, lok. 10,
02-757 Warszawa**

Zmianie uległy również numery telefonów.

Aktualne numery: 22 327 61 61
sekretariat 22 327 61 00 fax

Z poważaniem
Dyrektor Biura
Lucyna Jakubowska

PODZIĘKOWANIA

Pani Kierownik mgr Iwonie Markiewicz za opiekę, włożony trud i zaangażowanie w trakcie trwania nauki w latach 2008-2010 oraz za wsparcie, dodanie otuchy i wiary we własne siły przed Egzaminem Państwowym w Warszawie dziękują specjalistki i specjalista pielęgniarstwa opieki długoterminowej 2010r. Jolanta Bartocha, Anna Bastek, Małgorzata Białek, Marta Bzowska, Danuta Dąbrowna, Monika Fiksot, Krystyna Gil, Mariola Ginał, Grażyna Górka, Olga Helm, Aleksandra Hoła, Lila Janik-Warta, Renata Jeremko, Urszula Klekot, Agnieszka Korzonek, Anna Krawczyk, Edyta Kurzacz, Bogusława Lasota, Elżbieta Lipka, Monika Łęgowski, Bożena Malinowska, Ilona Martela, Dorota Pudysz, Katarzyna Sikorska, Renata Stobiecka, Cezary Strączyński, Dorota Taul, Maria Tomasiak, Kazimiera Węcowska, Anna Węgrzyńska, Marlena Wlazłowska, Monika Wojciechowska, Anna Woźniak.

Pani dr n.med. Wandzie Terleckiej za pomoc i udzielenie cennych wskazówek w czasie przygotowywania się do egzaminu dziękują pielęgniarki z Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego w Częstochowie Maria Tomasiak, Urszula Klekot, Olga Helm

patrz: zdjęcie ost. str okładki



Szanowni Państwo!

W imieniu Organizatorów mamy zaszczyt zaprosić Państwa do udziału w XV Jasnogórskiej Konferencji, która odbędzie się w dniach 28 - 30 stycznia 2011 roku na Jasnej Górze w Częstochowie.

Tematem Konferencji będzie szeroko rozumiana problematyka dotycząca opieki nad pacjentami chorującymi na przewlekłe i nie poddające się leczeniu choroby, głównie nowotworowe.

Serdecznie zapraszam
Prezes Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej
Ziemi Częstochowskiej

Miejsce konferencji

Częstochowa, Dom Pielgrzyma im. Jana Pawła II
ul. Wyszyńskiego 1/31 1

Termin zgłoszenia uczestnictwa

do 10 stycznia 2011 r.

Szczegóły dotyczące konferencji będziemy zamieszczać na naszej stronie

www.hospicjum-czestochowa.pl

Piątek-28.01.2011 r.

9.30 - Msza święta
10.30 -11.00 - Przerwa kawowa
11.00 - Uroczyste otwarcie Konferencji Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych
11.15 - **13.10 I Sesja wykładowa;**
13.30-14.30-Obiad
14.30-17.30-Warsztaty
17.45-18.15-Kolacja
19.30 - Spektakl teatralny

Sobota-29.01.2011 r.

8.00-9.00-Śniadanie
9.00- 10.30-**II Sesja wykładowa**
10.30 -11.00 - Przerwa kawowa
11.00 -12.30 - **III Sesja wykładowa**
13.00-13.30-Obiad
14.00 -15.30 - Zwiedzanie Jasnej Góry
15.45 -17.15 - **IV Sesja wykładowa**
17.30 -18.30 - Uroczysta kolacja
18.30 - Walne zebranie Członków Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa
Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej
19.00-Msza św.
21.00 - 21.30 - Apel Jasnogórski
21.30 - 04.30 - Indywidualne czuwanie modlitewne

Niedziela - 30.01.2011 r. - PIELGRZYMK HOSPICJÓW POLSKICH

8.30 - Śniadanie
9.30 - Msza św. w intencji Hospicjów polskich w Kaplicy Cudownego Obrazu
Matki Boskiej Częstochowskiej
11.00 -12.45 - **V Sesja wykładowa**
12.45 - Zakończenie konferencji

Koszt uczestnictwa 330 PLN - opłata obejmuje:

- udział w sesjach wykładowych i sesjach warsztatowych
- materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa
- wyżywienie i przerwy kawowe zgodne z programem
- spektakl teatralny
- zwiedzanie Jasnej Góry

Opłata nie obejmuje zakwaterowania

lub 150 PLN - opłata obejmuje:

- udział w sesjach wykładowych i sesjach warsztatowych
- materiały konferencyjne, certyfikat uczestnictwa
- przerwy kawowe zgodne z programem

Opłatę konferencyjną należy wpłacić na konto:

Stowarzyszenie Opieki Hospicyjnej
Ziemi Częstochowskiej

PeKaO S.A.
Oddział Częstochowa

15 1240 1213 1111 0000 2379 4368

z dopiskiem "Konferencja 2011"



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

L.p.	Nazwa kursu	Planowany termin kursu	Cena	
			Cena z refundacją*	Całociowa cena kursu
KURS KWALIFIKACYJNY				
1.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	Luty/Marzec 2011 r.	1100 zł	1600 zł
KURSY SPECJALISTYCZNE				
1.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07 kurs dla pielęgniarek i położnych	Styczeń 2011 r.	200 zł	600 zł
2.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Nr 02/07 kurs dla pielęgniarek i położnych	Luty 2011 r.	250 zł	500 zł
3.	Szczepienia ochronne Nr 03/08 kurs dla pielęgniarek	Luty/Marzec 2011 r.	250 zł	360 zł
4.	Podstawy dializoterapii Nr 08/07 kurs dla pielęgniarek	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	220 zł	320 zł
5.	Szczepienia ochronne noworodków Nr 04/08 Kurs dla położnych	Luty/Marzec 2011 r.	200 zł	300 zł
KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE				
1.	Zasady dezynfekcji i sterylizacji kurs dla pielęgniarek i położnych	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	80 zł	120 zł
2.	Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego kurs dla pielęgniarek i położnych	Grudzień 2010 r.	100 zł	150 zł
3.	Cewnikowanie pęcherza moczowego kurs dla pielęgniarek	Luty 2011 r.	40 zł	60 zł
4.	Badanie tętna płodu - zapis kardiostokografii – kurs dla położnych	Po uzyskaniu pozytywnej opinii CKPPIp		
SZKOLENIA JEDNODNIOWE				
1.	Pierwsza pomoc w stanie zagrożenia życia	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	bezpłatne	50 zł

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

Konferencja Inaugurująca Częstochowską Kampanię Społeczną „Ja nie chronię dziecka przed przemocą- Ty możesz.”

Jak ważna jest rola pielęgniarek i położnych w diagnozowaniu tego problemu nikogo nie trzeba przekonywać. Pielęgniarstwo światowe jako zawód ma stosunkowo krótką historię, licząc zaledwie 150 lat. Lata te to okres stopniowego rozwoju, przebiegającego z różnym nasileniem. Cechą charakterystyczną pierwszych stu lat było traktowanie pielęgniarstwa jako działalności pomocniczej zawodu lekarza. Natomiast ostatnie pięćdziesięciolecie to okres dążeń do rozwoju wyższego szkolnictwa pielęgniarskiego, tworzenie podstaw naukowych praktyki pielęgniarskiej. To również lata dążeń do samodzielności zawodowej, do zbliżenia lekarza i pielęgniarki do rodziny, do przemian w funkcjonowaniu całego systemu opieki zdrowotnej. Przekształcenia, jakie dokonują się w opiece zdrowotnej mają ogromny wpływ na funkcjonowanie pielęgniarstwa. Główne założenia tych przemian, to:

- po pierwsze - dążenie do ułatwienia dostępu do usług lekarsko- pielęgniarskich,
- po drugie - rozwój różnych form opieki alternatywnej odciążającej szpitalnictwo,
- po trzecie - nadanie priorytetu działalności edukacyjnej w zakresie promocji zdrowia, a także w dziedzinie zapobiegawczej.

Zakres i przedmiot przemian w polskim pielęgniarstwie skupił się przede wszystkim na:

1. rozszerzeniu pola działalności pielęgniarstwa środowiskowo- rodzinnego i pielęgniarstwa medycyny szkolnej
2. usamodzielnieniu działalności poprzez rozwój prywatnej praktyki pielęgniarskiej.
3. poprawie jakości opieki pielęgniarskiej, oraz wprowadzenia odpowiedniej dokumentacji pielęgniarskiej
4. transformacji szkolnictwa pielęgniarskiego poprzez upowszechnienie kształcenia na poziomie wyższym.
5. nawiązywaniu współpracy międzynarodowej.
6. umacnianiu samorządu zawodowego, oraz prawnym uregulowaniu statusu zawodowego pielęgniarki jako zawodu samodzielnego.

W nowym systemie ochrony zdrowia pielęgniarka jest partnerem lekarza i innych pracowników służby zdrowia, Szczególną uwagę chciałabym zwrócić na pielęgniarkę środowiskowo – rodzinną i pielęgniarkę medycyny szkolnej, praca których charakteryzuje się dużą samodzielnością. Samodzielnie podejmują profesjonalne działania realizując całościowy i ciągły proces pielęgnowania rodziny, poszczególnych jej członków w środowisku ich życia, zamieszkania, nauki, w sytuacji zdrowia, choroby, niepełnosprawności, a także hospitalizacji domowej i opiece terminalnej.

Pielęgniarka środowiskowo - rodzinna i pielęgniarka medycyny szkolnej swoje zadania realizują najczęściej samodzielnie, przy ograniczonym udziale innych profesjonalistów i instytucji, stosownie do złożoności występujących problemów pacjentów i rodziny. Wielorakość zadań i problemów sprawia, że są one tymi przedstawicielami służby zdrowia, które w sposób bezpośredni i najdłuższy kontaktują się z jednostką, rodziną, środowiskiem. Wstępnie oceniają sytuację, inicjują pomoc, w tym również socjalną. Zadania ich, koncentrują się również na promocji zdrowia, profilaktyce i działalności opiekuńczej, ich rola sprowadza się do roli nauczyciela, doradcy, eksperta.

Rola pielęgniarki, położnej środowiskowo-rodzinnej, czy później pielęgniarki medycyny szkolnej w rozpoznaniu i zdiagnozowaniu problemu występującego w rodzinie jest ogromna. Bardzo często pielęgniarka, czy położna środowiskowo- rodzinna jako pierwsza zauważa symptomy dziecka krzywdzonego, bitego, maltretowanego, zaniedbanego, czy wreszcie molestowanego. Przemoc wobec dzieci jest zjawiskiem powszechnym i złożonym, niestety do niedawna jakby niezauważalnym. Dopiero publikowanie i upowszechnianie informacji o rozmiarach przemocy wobec dzieci i młodzieży, przyczyniły się do obudzenia emocji społecznych oraz zainteresowania problemem krzywdzenia---różnych instytucji i środowisk.

Powstało Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatricznych, które żywo zajmuje się tematyką przemocy w rodzinie szczególnie w stosunku do dzieci. Podczas XII Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo- Szkoleniowej „Uzależnienie, a rodzina”, która odbyła się we wrześniu 2008 r. w Nałęczowie jedna cała sesja poświęcona była przemocy w rodzinie. Podejmowano w niej tematy zespołu dziecka maltretowanego, krzywdzonego i zaniedbywanego. Konferencja podkreśliła konieczność konsolidacji różnych środowisk nie tylko medycznych w zapobieganiu, diagnozowaniu i w walce z wszelkimi objawami przemocy w stosunku do dzieci. Podczas Konferencji przedstawiono wiele prac badawczych analizujących zjawisko krzywdzenia dzieci, przez osoby, które są odpowiedzialne za opiekę i troskę o nie.

Wykrycie aktów przemocy jest zadaniem bardzo trudnym, szczególnie dlatego, że fakt ich zaistnienia jest zazwyczaj ukrywany nie tylko przez opiekunów, ale nie jest ujawniany również przez dziecko, ze względu na jego zbyt młody wiek, a w przypadku dzieci starszych z powodu strachu, wstydu lub poczucia lojalności w stosunku do opiekunów.

Każde objawy przypadków krzywdzenia, takie jak: siniaki, rany pourazowe, oparzenia, złamania i urazy powinny wzbudzać czujność personelu medycznego. Pielęgniarki powinny być wyczułone na cechy wyglądu zachowania dziecka oraz typowe zachowania opiekunów podczas kontaktu ze służbą zdrowia mogące sugerować, że w danej rodzinie może dochodzić do aktów przemocy nie tylko fizycznej, ale również psychicznej. Szczególnie pielęgniarka powinna być wyczułona na czynniki ryzyka występowania przemocy w środowisku, gdzie występuje ubóstwo, bezrobocie, patologie w rodzinie, alkoholizm, narkomania, prostytutka, przestępczość, ale również!!! młody wiek rodziców, niedojrzałość emocjonalna, zaburzenia osobowości, choroby psychiczne, upośledzenie umysłowe, inwalidztwo lub choroba przewlekła któregoś z rodziców, rodzic, który sam doznał przemocy w dzieciństwie, matka samotnie wychowująca dzieci, pozostawianie opiekunów w nieformalnym związku, posiadanie dzieci z różnych związków, urodzenie dziecka niechcianego, chorego na choroby przewlekłe, kalekiego, częste pobyty dziecka w szpitalu bez stwierdzenia choroby przewlekłej, wystąpienia w rodzinie zgonu dziecka z niewyjaśnionych przyczyn.

Niestety do przemocy w stosunku do dzieci dochodzi nie tylko w tzw. rodzinach patologicznych, ale również niemających nic wspólnego z patologią. Tutaj rola pielęgniarki jest jeszcze trudniejsza, bo wydaje nam się, że w tzw. „dobrym domu” nie bije się dzieci, nie narusza się ich godności i praw. Przerażająca jest niewrażliwość otoczenia na płaczące dzieci, wołające o pomoc. W każdym przypadku krzywdzenia dziecka konieczna jest interwencja osób spoza jego rodziny. Przemiany w sposobie postrzegania zjawiska krzywdzenia zaowocowały m.in. wdrażaniem różnych programów edukacyjnych i zróżnicowanych form pomocy. Zasadniczym celem tej działalności

jest m.in.:

- zmniejszenie rozmiarów zjawiska przemocy w rodzinie,
- zwiększanie dostępności pomocy dla ofiar krzywdzenia,
- zwiększenie skuteczności interwencji podejmowanych wobec sprawców przemocy,
- zwiększenie dostępności programów edukacyjno-korekcyjnych dla sprawców przemocy,
- zmiana postaw społecznych wobec zjawiska przemocy w rodzinie.

W systemie pomocy dziecku krzywdzonemu istotne znaczenie mają placówki służby zdrowia, a szczególnie najliczniejsza grupa zawodowa pielęgniarek i położnych. Pielęgniarki i położne realizując programy edukacyjne, które dążą do tego, aby każde dziecko oraz rodzic czy opiekun chciał i umiał chronić zdrowie i życie, wiedział, kiedy i jak skorzystać z pomocy. Prewencja przemocy wśród dzieci i młodzieży jest nowym bardzo ważnym wyzwaniem dla pielęgniarek i położnych, na których ciąży obowiązek dbałości o rozwój fizyczny, psychiczny i społeczny dzieci od chwili poczęcia do ich dojrzałości. Szczególnie duża rola w tym zakresie przypada pielęgniarkom sprawującym opiekę nad dziećmi w środowisku ich zamie-

szkania i nauki. Pielęgniarka niejednokrotnie jest jedyną osobą, znającą środowisko, w którym żyje i wychowuje się dziecko. Prowadzone przez pielęgniarkę badania przesiewowe, współpraca ze środowiskiem wychowawczym dziecka, pracownikiem socjalnym pozwolą na identyfikację osób zagrożonych przemocą i zaniedbaniem. W wielu sytuacjach pomocną rolę odgrywa edukacja dziecka i rodziców lub opiekunów, pomoc socjalna i wsparcie psychiczne. Poradnictwo profilaktyczne oraz wszelkie działania na rzecz wzmacniania rodziny i przeciwdziałania patologii, to element działalności prowadzonej przez pielęgniarki, odgrywający istotną rolę w zapobieganiu przemocy i zaniedbywaniu dziecka.

Pamiętajmy o tym, że zaniedbywanie i wykorzystywanie dzieci to problem społeczny. Problem, który grozi różnego typu konsekwencjami w dalszym-dorosłym życiu człowieka (a przecież zależy nam wszystkim na wychowaniu zdrowego, silnego emocjonalnie i psychicznie społeczeństwa). ■

Halina Synakiewicz

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

*Z każdym uderzeniem serca
Z każdym oka mgnieniem
Udajemy się do celu,
Który jest naszym przeznaczeniem”*

*Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
rodzinie zmarłej*

Pielęgniarki instrumentariuszki

Zofii Adamczyk

składają

*Personel Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego ul. PCK 1
oraz*

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

*Zamknęły się ukochane oczy
Spoczęły spracowane ręce
Przestało bić kochane serce*

*Wyrazy głębokiego współczucia
Pani Agacie Tronina*

z powodu śmierci

Matki

*składają koleżanki ze szpitala Krzepice
oraz*

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**CZASEM BRAK SŁÓW BY WYPOWIEDZIEĆ BÓL
CZASEM BRAK ŁEZ BY WYPLAKAĆ ŻAL...**

*Z głębokim żalem, zadumą w sercu
i łzą w oku żegnamy*

*Naszą Koleżankę Pielęgniarkę
zawsze wesołą, uśmiechniętą i serdeczną*

KRYSYŃĘ LOTKA-ŚMILEK

L.55

*wyrazy współczucia najbliższym
składają Pielęgniarki WOŁO i ZOL Gorzyce
oraz*

*Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w
Częstochowie.*

Pielęgniarcie

Aleksandrze Brzęczek

wyrazy współczucia z powodu śmierci

Matki

*składają koleżanki ze Szpitala Rejonowego
w Krzepicach*



*HARMONOGRAM POSIEDZEŃ OKRĘGOWEJ RADY PiP
I PREZYDIUM ORPiP w 2011 rok*

1	27 stycznia	Prezydium
2	17 lutego	Prezydium
3	3 marca	Okręgowa Rada
4	10 marca	Prezydium
5	24 marca	Okręgowy Zjazd
6	28 kwietnia	Prezydium
7	19 maja	Prezydium
8	21 czerwca	Okręgowa Rada
9	30 czerwca	Prezydium
10	28 lipca	Prezydium
11	25 sierpnia	Prezydium
12	22 września	Okręgowa Rada
13	29 września	Prezydium
14	26 października	Okręgowy Zjazd

GODZINY PRACY BIURA OIPiP

SEKRETARIAT	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 102/
SEKRETARZ OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 103/
PRZEWODNICZĄCA OR	pn-pt 8.00 - 15.00	/pok. 104/
SKARBNIK	wt i czw 14.30-16.30	/pok. 302/
KASA	pn-cz 9.00 - 14.00	/pok. 302/
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU	pn-cz 8.00 - 15.00	/pok. 302/
OKRĘGOWY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ	I i III środa miesiąca 15.00 -17.00	/pok. 302/
RADCA PRAWNY	poniedziałek 8.30 - 9.30 środa 14.00 - 16.00	

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

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

Maskotki

Konferencji Inaugurującej Częstochowską Kampanię Społeczną “Ja nie chronię dziecka przed przemocą - Ty możesz”



Szkolenie: “Syndrom wypalenia zawodowego”



SYNDROM WYPALENIA to zespół fizycznego i emocjonalnego wyczerpania, obejmujący rozwój negatywnej samooceny, negatywnego nastawienia do pracy, utratę zainteresowania problemami klienta.

To nie utrata kreatywności, ani reakcja na znużenie.



Specjalistki i specjalista pielęgniarstwa opieki długoterminowej 2010r



www.wsz.edu.pl

WYŻSZA SZKOŁA ZARZĄDZANIA

W CZĘSTOCHOWIE

to nie tylko zarządzanie

“KURSY KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH”

- Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek
- Pielęgniarstwo operacyjne dla pielęgniarek i położnych
- Organizacja i zarządzanie dla pielęgniarek i położnych

Biuro Projektu:

ul. Rząsawska 40, pokój nr 10

tel. 34 364 33 72

Czynne od poniedziałku do czwartku w godz. 8.00 -14.00

www.kkpp.wsz.edu.pl

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

