

MIESIĘCZNIK

# BIULETYN INFORMACYJNY

ISSN 1234-0049



Biuletyn informacyjny wydawany przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

Z okazji Świąt Wielkanocnych  
dużo radości, miłej atmosfery  
oraz mokrego  
dyngusa

*życzy wszystkim  
Okręgowa  
Izba Pielęgniarek  
i Położnych*



**Marzec 2011r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



## Szanowni Państwo, Drogie Koleżanki i Koledzy

Mija zima choć piękna, biała i pełna uroku to jednak trochę mroźna i dokuczliwa. Nadchodzi wiosna, chyba najpiękniejsza pora roku. Słoneczko świeci

coraz mocniej dodając nam energii, pierwsze kwiaty budzą się do życia a ptaszki głośno oznajmują, że idzie wiosna.

Skończył się karnawał, niektórzy z nas przetańczyli całą noc ciesząc się z chwili, którą spędzili wśród znajomych na balu. Niestety coraz mniej osób udaje się na karnawałowe tradycyjne bale bo dzisiejszy świat jest zbyt zabiegany a budżet domowy nie zawsze na to pozwala.

Na szczęście marzec, kwiecień i maj będą przynosić nam codziennie coś nowego i piękniejszego, wszystko będzie wydawało się jakby lepsze i bardziej kolorowe. Nadchodzą Święta Wielkanocne, na drzewach zakwitają „bażki”, kwiaciarki sprzedają tulipany, słoneczko grzeje coraz mocniej a przyroda zmienia się co dnia.

Życzę Państwu dużo wiosennego optymizmu, radości i zadowolenia z każdego dnia. Życzę pogodnych Świąt Wielkiej Nocy, serdecznych spotkań rodzinnych, zdrowia, pogody ducha oraz tradycyjnie smacznego jajka i oczywiście Mokrego Dyngusa.

Z wyrazami szacunku  
Przewodnicząca ORPiP  
Halina Synakiewicz

## W NUMERZE:

Okręgowy Zjazd	1
Uchwały Prezydium / Kalendarium	2
Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej	3
Pisma w sprawie pielęgniarki POZ	5
Kursy	6
<b>Prace autorskie</b>	
<i>Depresja cz. 3</i>	8
<i>Cukrzyca typu II</i>	10
<i>Pielęgniarka jako towarzysz umierającego</i>	12
Nietypowy kalendarz	15
Informacje	19

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

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

#### Adres Redakcji:

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

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 Płaza

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

Odpowiedzialność za zawartość  
merytoryczną artykułów ponosi autor

ISSN 1234-0049

#### Skład i druk:

„BiRaKo”

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



## Szanowny Delegacie

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zapraszam na IV Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych V kadencji, który odbędzie się w dniu 24 marca 2011 roku w sali sesyjnej Urzędu Miasta w Częstochowie przy ul. Śląskiej. Rozpoczęcie o godzinie 9.00. Jednocześnie przekazuje Pani/Panu materiały zjazdowe, opracowane przez członków Okręgowej Rady, przygotowane przez Komitet Organizacyjny Zjazdu.

Materiały zjazdowe zawierają m.in.:

1. Szczegółowy porządek obrad, projekt regulaminu zjazdu.
2. Sprawozdanie z działalności merytorycznej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych za okres od 01.01.2010 do 31.12.2010 roku.
3. Sprawozdanie z działalności finansowej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych za okres od 01.01.2010 do 31.12.2010 roku.
4. Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za okres od 01.01.2010 do 31.12.2010 roku.
5. Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych za okres od 01.01.2010 do 31.12.2010 roku.
6. Sprawozdanie z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej za 2010 rok.
7. Projekt budżetu - planu finansowego Okręgowej Izby na rok 2011
8. Projekty uchwał:
  - w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności merytorycznej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych,
  - w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności finansowej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych,
  - w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych,
  - w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej,
  - w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej,
  - w sprawie zatwierdzenia planu finansowego na 2011 rok,
  - w sprawie upoważnienia Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych do dokonania niezbędnej korekty budżetu na rok 2011.

**Zwracam się z uprzejmą prośbą o dokładne zapoznanie się z materiałami zjazdowymi, zgłaszając swoje uwagi, wątpliwości i zastrzeżenia Przewodniczącej Komitetu Organizacyjnego Zjazdu Marii Szymanek lub Przewodniczącej Okręgowej Rady Halinie Synakiewicz, co pozwoli na dokładne wyjaśnienie wątpliwości oraz uwzględnienie uwag.**

**Mandaty otrzymacie Państwo w dniu Zjazdu przed wejściem na salę obrad.** ■

Przewodnicząca Komitetu Organizacyjnego  
IV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych V kadencji  
Maria Szymanek

## Informacja dla Delegata na IV Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych V kadencji w Częstochowie, w dniu 24 marca 2011 roku

IV Okręgowy Zjazd V kadencji Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie zwołany jest Uchwałą Nr 5/ V /08 Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 11 grudnia 2008 roku **w dniu 24 marca 2011 roku o godz. 9:00.** Miejscem obrad Zjazdu będzie sala sesyjna Urzędu Miasta w Częstochowie ul. Śląska.

Na podst. § 2 i § 3 Uchwały Nr 3/ IV / 2004 I Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie IV kadencji z dnia 30 marca 2004 r uprzejmie informuję :

1. Delegata na Zjazd obowiązuje obecność i czynny udział w posiedzeniu Zjazdu i komisji zjazdowej.
2. Delegat może być członkiem tylko jednej komisji zjazdowej.
3. Wiarygodne usprawiedliwienie nieobecności na Zjeździe Delegat składa na piśmie w biurze Okręgowej Izby w ustawowym terminie przed obradami zjazdu.
4. Delegaci na Zjazd i uczestnicy Zjazdu potwierdzają obecność na Okręgowym Zjeździe podpisami na listach obecności sporządzonych oddzielnie dla Delegatów każdego rejonu wyborczego.
5. Po podpisaniu listy obecności delegaci otrzymują mandaty, którymi poprzez podniesienie oddają głos w głosowaniu jawnym.
6. Za nieusprawiedliwioną nieobecność lub nieuzasadnione wcześniejsze opuszczenie obrad delegat może być obciążony proporcjonalną częścią kosztów. ■

Komitet Organizacyjny Zjazdu

## Regulamin obrad IV Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie

**V kadencji w dniu 24 marca 2011 roku**

1. Warunkiem zabrania głosu będzie uprzednio pisemne zgłoszenie wystąpienia do sekretarza okręgowego zjazdu z podaniem imienia, nazwiska oraz tematu na jaki delegat chce zabrać głos.
2. Czas trwania wypowiedzi 3 minuty.
3. Zabierając głos, delegat winien zbliżyć się do mikrofonu wg kolejności zgłoszeń podać numer mandatu oraz imię i nazwisko.
4. Przewodniczący zjazdu odbierze przemawiającemu głos w przypadku przekroczenia limitu czasu.



5. Zgłoszenie wniosków do rozpatrzenia przez zjazd należy przygotować w zwięzłej formie kierując pisemnie wniosek do komisji uchwał i wniosków.
6. Uczestnik zjazdu nie może zabierać głosu w dyskusji nad tą samą sprawą więcej niż dwa razy, chyba, że do kolejnego zabrania głosu wezwie go przewodniczący.
7. Przewodniczący zjazdu udziela głosu delegatowi poza porządkiem obrad i poza kolejnością jedynie dla zgłoszenia wniosku formalnego lub sprostowania.
8. Przewodniczący zjazdu może zwrócić uwagę zabierającemu głos, który w swoim wystąpieniu odbiega od przedmiotu obrad określonego w porządku obrad, a po dwukrotnym zwróceniu uwagi może odebrać przemawiającemu głos.
9. Do wniosków formalnych zalicza się wnioski o :

- 1/ przerwanie, odroczenie lub zamknięcie posiedzenia,
- 2/ uchwalenie tajności posiedzenia,
- 3/ zamknięcie listy mówców,
- 4/ zamknięcie dyskusji,
- 5/ odesłanie do komisji celem rozpatrzenia i opracowania,
- 6/ głosowanie bez dyskusji,
- 7/ zmianę porządku obrad,
- 8/ przeprowadzenie głosowania,
- 9/ głosowanie imienne,
- 10/ ograniczenie czasu przemówienia,
- 11/ sprawdzenie quorum,
- 12/ reasumpcję głosowania,
- 13/ uchwalenie tajności głosowania,
- 14/ zamknięcie listy kandydatów.

Zjazd rozstrzyga o wniosku formalnym po wysłuchaniu wnioskodawcy i ewentualnie jednego głosu przeciwnego. Głosowanie jawne odbywa się przez podniesienie ręki z mandatem. ■

Przewodnicząca Zjazdu



## Uchwały Prezydium / Kalendarium

### Uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dnia 17 lutego 2010 roku

- » Zakwalifikowano na dofinansowanie kształcenia podyplomowego:
  - dwadzieścia pielęgniarek na kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne”
  - podjęto dwie decyzje odmowne zakwalifikowania na dofinansowanie kształcenia w formie kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne”
- » Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
  - 12.930 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla dwudziestu ośmiu pielęgniarek z zakresu kursu kwalifikacyjnego „Pielęgniarstwo rodzinne”,
  - 500 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla jednej pielęgniarki za specjalizację z dziedziny „Opieki długoterminowej”.
- » Podjęto jedną odmowną Decyzję pomocy finansowej z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych .
- » Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- » Wpisano do rejestru i na listę członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie jedną pielęgniarkę.
- » Skreślono z rejestru i z listy członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki z powodu przeniesienia się na obszar działania innej OIPIP.
- » W zaświadczeniu prawa wykonywania zawodu wpisano adnotację urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony dla jednej pielęgniarki. ■

### KALENDARIUM od 01.02.2011 roku do 28.02.2011 roku

- 09.02.2011r.** Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Psychiatrii Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.
- 10.02.2011r.** Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowiska pielęgniarek oddziałowych Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego i Oddziału Onkologii Wojewódzkiego Specjalistycznego w Częstochowie.
- 10.02.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komitetu Wyborczego wyborów delegatów VI kadencji. Rozpoczęto prace od przygotowania nowych Rejonów Wyborczych.
- 14.02.2011r.** Przedstawiciele ORPiP uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Ortopedii i Chirurgii Urazowej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.
- 15.02.2011r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w obradach V zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.
- 15.02.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, członkowie komisji pracowali nad bieżącymi sprawami.





- 15.02.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych. Pozytywnie zaopiniowano trzy wnioski. Dwa wnioski przekazano do dalszej weryfikacji.
- 17.02.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.
- 18.02.2011r.** Przedstawiciele ORPIP uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Oddziału Opieki Paliatywnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.

- 18.02.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się kolejne posiedzenie Komitetu Wyborczego wyborów delegatów VI kadencji. Członkowie Komitetu pracowali nad bieżącymi sprawami.
- 23.02.2011r.** Przedstawiciele ORPIP uczestniczyli w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowiska pielęgniarek oddziałowych pielęgniarki oddziałowej Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Oddziału Pediatrycznego Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lublińcu.
- 23.02.2011r.** W siedzibie OIPIP odbyło się kolejne posiedzenie Komitetu Wyborczego wyborów delegatów VI kadencji. Członkowie Komitetu opracowywali dokumentację wyborów.

## Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej



### Kodeks etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej

#### PRZYRZECZENIE

**„Z głębokim szacunkiem i czcią przyjmuję nadany mi tytuł pielęgniarki / położnej i uroczystie przyrzekam:**

1. Sprawować profesjonalną opiekę nad życiem i zdrowiem ludzkim.
2. Według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu, zapobiegać chorobom, współuczestniczyć w procesie terapeutycznym.
3. Nieść pomoc każdemu człowiekowi bez względu na rasę, wyznanie religijne, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne różnice.
4. Okazywać pacjentom należyty szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej.
5. Strzec godności zawodu pielęgniarki/położnej, a do współpracowników odnosić się z szacunkiem i życzliwością, nie podważać ich zaufania, postępować bezstronnie mając na względzie przede wszystkim dobro pacjenta.
6. Wdrażać do praktyki nowe zdobycze nauk medycznych, społecznych i humanistycznych oraz systematycznie doskonalić swoje umiejętności i wiedzę dla dobra zawodu.
7. Rzetelnie wypełniać obowiązki wynikające z pracy w tym zawodzie.

#### CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Zasady etyki zawodowej wynikają z uniwersalnych zasad etycznych i zobowiązują pielęgniarki i położne do przestrzegania praw pacjenta i dbania o godność zawodu.
2. Działalność zawodowa pielęgniarki i położnej to świadome i dobrowolne podejmowanie profesjonalnych działań na rzecz pacjentów niezależnie od ich sytuacji zdrowotnej i społecznej.

3. Pielęgniarka/położna swoją postawą osobistą, zawodową i społeczną powinna dbać o prestiż zawodu i podnosić jego znaczenie w społeczeństwie.
4. Czynności zawodowe pielęgniarki/położnej nie mogą służyć aktom bezprawnym ani też powodować szkód dla zdrowia ludzkiego.
5. Pielęgniarka/położna posiadająca pełne uprawnienia zawodowe ponosi osobistą odpowiedzialność za swoje działania.
6. Pielęgniarka/położna działa zawsze w interesie swych pacjentów szczególnie tam, gdzie ich życie i zdrowie mogą być zagrożone.
7. Wszelkie szczegółowe ustalenia dotyczące uzupełniające działalności zawodowej pielęgniarki/położnej w zakresie działalności naukowo-badawczej, edukacyjnej i administracyjno-organizacyjnej powinny uwzględniać powyższe zasady ogólne.

#### CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

##### I. Pielęgniarka / położna a pacjent

1. Pielęgniarka / położna pełniąc rolę zawodową zobowiązana jest do:
  - a) udzielania wszystkim pacjentom troskliwej opieki zgodnej z obowiązującymi standardami,
  - b) udzielania pierwszej pomocy w nagłych przypadkach oraz w sytuacji zagrożenia życia,
  - c) udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania.
2. We współpracy z pacjentem pielęgniarka / położna powinna okazywać życzliwość, wyrozumiałość, cierpliwość stwarzając atmosferę wzajemnego zaufania i zrozumienia.
3. Pielęgniarka / położna obowiązana jest przestrzegać następujących zasad wynikających z praw pacjenta:
  - a) respektować prawo pacjenta do intymności i godności osobistej podczas udzielania świadczeń medycznych,
  - b) realizować świadczenia pielęgniarskie za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny ją sformułować
  - c) poinformować pacjenta, w przypadkach odmowy wyrażenia przez niego zgody, o możliwych skutkach jego decyzji oraz podjąć próbę przekonania pacjenta, aby zmienił swoje zdanie.

4. Pielęgniarkę/położną obowiązuje zachowanie w tajemnicy wszystkich wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym) uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej.
5. Pielęgniarka/położna umożliwia pacjentowi kontakt z rodziną, w miarę potrzeby pomaga rodzinie w sprawowaniu nad nim opieki oraz edukuje członków rodziny w zakresie dalszego postępowania pielęgnacyjnego.
6. Na prośbę pacjenta lub jego rodziny pielęgniarka/położna umożliwia kontakt z duchownym, stwarzając w miarę możliwości odpowiednie ku temu warunki.
7. Pielęgniarka/położna powinna dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną, godne warunki umierania wraz z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości.
8. Położna powinna przyczynić się do stworzenia godnych warunków i rodzinnej atmosfery w czasie porodu.
9. Pielęgniarka/położna, nie może żądać od pacjentów dodatkowego wynagrodzenia ani też uzależniać swych usług od uzyskania korzyści materialnych.

## II. Pielęgniarka/położna a praktyka zawodowa i nauka

1. Obowiązkiem pielęgniarki/położnej jest ciągle podnoszenie kwalifikacji zawodowych.
2. Pielęgniarsce/położnej nie wolno wykonywać zleceń lekarskich bez wyraźnego polecenia na piśmie umożliwiającego identyfikację lekarza i pacjenta z wyjątkiem sytuacji nagłych, stanowiących zagrożenie życia pacjenta.
3. Pielęgniarka/położna ma prawo dostępu do informacji istotnych dla realizacji czynności zawodowych oraz związanych zarówno z bezpieczeństwem osobistym pielęgniarki, jak i bezpieczeństwem pacjenta.
4. Pielęgniarka/położna ma obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej i zabezpieczenia dokumentów.
5. Przekazywanie przez pielęgniarkę/położną informacji o stanie zdrowia pacjenta innym członkom zespołu terapeutycznego nie jest naruszeniem tajemnicy zawodowej.
6. Pielęgniarka/położna ma prawo odmówić uczestnictwa w zabiegach i eksperymentach biomedycznych, które są sprzeczne z uznawanymi przez nią normami etycznymi.
7. Pielęgniarka/położna zobowiązana jest do działalności na rzecz promocji zdrowia.
8. Pielęgniarka/położna zorientowawszy się, że w postępowaniu medycznym został popełniony błąd (zwłaszcza w przypadku błędu zagrażającego życiu lub zdrowiu pacjenta), niezwłocznie powinna powiadomić o tym odpowiednie osoby z zespołu terapeutycznego.
9. Pielęgniarka/położna powinna uczestniczyć w działalności krajowych i międzynarodowych organizacji pielęgniarskich/położniczych na rzecz ochrony zdrowia społeczeństwa, przysparzając tym samym prestiżu zawodowi.
10. Pielęgniarka/położna współuczestniczy w miarę swoich możliwości w rozwoju badań naukowych z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa oraz edukacji swojej grupy zawodowej.
11. Pielęgniarka/położna powinna cenić i szanować swój zawód, chronić jego godność, a w pracy zawodowej powinna postępować tak, aby budzić szacunek i zaufanie.
12. Pielęgniarka/położna powinna powstrzymać się od jakiegokolwiek działania, które mogłoby spowodować złą opinię o zawodzie.

13. Pielęgniarka/położna powinna otaczać szacunkiem historię i tradycję zawodu, dbać o pozytywny wizerunek zawodu.
14. Pielęgniarka/położna chroniąc interesy zawodowe nie powinna współpracować z organizacjami mającymi cele sprzeczne z racjami zawodowymi i moralnymi.
15. Pielęgniarka/położna powinna upowszechniać osiągnięcia naukowo-badawcze związane z wykonywaniem zawodu poprzez wystąpienia i publikacje. Publikacje te powinny być rzetelne i pozbawione znamion sensacji.

## III. Pielęgniarka/położna a samorząd pielęgniarek i położnych

1. Pielęgniarki/położne powinny solidarnie wspierać działalność swego samorządu, którego zadaniem jest zapewnienie im należytej pozycji w społeczeństwie.
2. Pielęgniarka/położna jest obowiązana do przestrzegania uchwał podjętych przez uprawnione organy samorządu zawodowego.
3. Stosunki między członkami samorządu powinny opierać się na wzajemnym szacunku, lojalności, koleżeństwie i solidarności zawodowej. Powinni oni dzielić się swoimi doświadczeniami i służyć sobie pomocą. Wzajemna ocena winna być bezstronna, przekazując ją w pierwszej kolejności osobie zainteresowanej. W przypadku braku reakcji i powtarzających się błędów pielęgniarka/położna powinna poinformować właściwą Okręgową Radę za pośrednictwem właściwej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych.

## IV. Pielęgniarka/położna a współpracownicy

1. Pielęgniarka/położna mająca większe doświadczenie zawodowe powinna przekazywać młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności zawodowe oraz wzorce kultury i poszanowania człowieka. Moralnym obowiązkiem jest kształtowanie poczucia odpowiedzialności za wykonywaną pracę, nawyku uczciwości, rzetelności, pracowitości i dokładności.
2. Pielęgniarka/położna nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników zespołu terapeutycznego, zwłaszcza w obecności osób trzecich.
3. Pielęgniarka/położna nauczająca zawodu powinna przekazywać słuchaczom także zasady etyki zawodowej, czuwając nad ich adaptacją zawodową.
4. Nieuczciwa konkurencja pomiędzy członkami samorządu jest szczególnie naganna.
5. Pełnieniu obowiązków kierowniczych przez pielęgniarkę/położną powinno towarzyszyć poczucie odpowiedzialności za rozwój zawodowy i naukowy podwładnych.
6. Pielęgniarka/położna jest współodpowiedzialna za efekty procesu terapeutycznego oraz za podjęte przez siebie działania wynikające z procesu pielęgnowania.

## V. Pielęgniarka/położna a zasady postępowania wobec społeczeństwa

1. Pielęgniarka/położna zgodnie ze swą wiedzą i kompetencjami powinna czynnie uczestniczyć w zwalczaniu przejawów patologii społecznej.



2. Pielęgniarka/położna powinna brać czynny udział w życiu społecznym i w działaniach na rzecz ochrony środowiska naturalnego, a także przeciwdziałać praktykom uznanym przez naukę za bezwartościowe i szkodliwe dla zdrowia.

## VI. Przepisy końcowe

1. W przypadkach nieprzewidzianych w Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej pielęgniarka/położna powinna postępować zgodnie z zasadami sformułowanymi w:

- a) ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej,
  - b) orzecznictwie Naczelnego Sądu Pielęgniarek i Położnych,
  - c) uchwałach organów samorządu pielęgniarek i położnych oraz zgodnie z zasadami dobrej praktyki i dobrym obyczajem.
2. Wszelkie zmiany w Kodeksie mogą być dokonane jedynie przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.
  3. Kodeks wchodzi w życie po uchwaleniu przez Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. ■

Agnieszka Sowińska  
Asystent Posła na Sejm RP  
Jadwigi Wiśniewskiej

Myszków, 1 marca 2011 r.

**Pani  
Halina Synakiewicz  
Przewodnicząca Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie**

Szanowna Pani Przewodnicząca,  
Uprzejmie informuję, że Pani Poseł Jadwiga Wiśniewska otrzymała odpowiedź na interpelację w sprawie wadliwych i niespójnych zapisów zarządzenia Prezesa NFZ dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa rodzinnego. Niestety, Ministerstwo nie zauważyło żadnych niespójności w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ i w świetle obowiązujących przepisów nie widzi potrzeby wyodrębnienia funkcji pielęgniarki rodzinnej. Treść pisma Pana Jakuba Szulca, Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia przekazuję w załączniku celem zapoznania się z opinią Ministerstwa w podniesionej sprawie. ■

Z poważaniem  
Agnieszka Sowińska

Załącznik:

- Pismo Pana Jakuba Szulca Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 15 lutego 2011 r.

Minister Zdrowia  
Warszawa, 2011-02-15

**Pan  
Grzegorz Schetyna Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej**

Szanowny Panie Marszałku  
W odpowiedzi na interpelację Posłów na Sejm RP Jadwigi Wiśniewskiej i Stanisława Szweda, z dnia 19 stycznia 2011 r.,

## Pisma w sprawie pielęgniarki POZ



w sprawie konieczności zmiany wadliwych zapisów zarządzenia Prezesa NFZ dotyczących podstawowej opieki zdrowotnej i pielęgniarstwa rodzinnego, przekazaną przy piśmie Pana Marka Kuchcińskiego, Wicemarszałka Sejmu RP, z dnia 27 stycznia 2011 r., znak: SPS-023-20227/11, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

Zgodnie z art. 55 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, ze zm.) świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej zapewnia świadczeniobiorcom (w kosztach własnej działalności) dostęp między innymi do opieki ambulatoryjnej, w tym opieki w domu chorego, zgodnie z zakresem zadań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2005 r. Nr 214, poz. 1816).

Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej (pielęgniarki poz) oraz warunki ich realizacji określa załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazów świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139 poz. 1139, z późn. zm.). Zgodnie z tymi regulacjami świadczenia gwarantowane pielęgniarki poz obejmują między innymi wizytę realizowaną w domu świadczeniobiorcy, ale w przypadkach uzasadnionych medycznie oraz wizytę realizowaną w warunkach ambulatoryjnych.

Zatem pielęgniarka powinna tak zorganizować swoją pracę, aby w zależności od potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorcy (uzasadnionych ich stanem zdrowia) mogła realizować świadczenia pozostające w zakresie pielęgniarki poz, na podstawie umowy zawartej z Funduszem, zarówno w warunkach domowych, jak również w gabinecie pielęgniarki poz. Jednocześnie należy podkreślić, że świadczeniodawca udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej jest obowiązany do informowania świadczeniobiorców o zasadach organizacji opieki. Ponadto organizacja udzielania świadczeń przez pielęgniarkę poz nie powinna ograniczać dostępności do świadczeń dla świadczeniobiorców, którzy chcą korzystać ze świadczeń możliwych do zrealizowania w gabinecie pielęgniarki poz i nie wymagają ich udzielania w formie wizyt domowych. Zatem od potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców zależy czas pracy w gabinecie pielęgniarki poz. Ocena potrzeb świadczeniobiorców pozwala wskazać, czy większa część czasu pracy będzie realizowana w domu, czy w gabinecie pielęgniarki poz. W celu prawidłowej organizacji pracy godziny realizacji świadczeń w gabinecie pielęgniarki poz powinny być ustalone i znane dla świadczeniobiorców, w szczególności poprzez umie-





szczenie informacji w miejscu udzielania świadczeń. Dlatego też zapewnienie kompleksowej i profesjonalnej opieki pielęgniarskiej powinno wynikać z harmonogramu pracy świadczeniodawcy oraz z indywidualnego planu opieki ustalonego dla świadczeniobiorcy.

Odnosząc się zatem do dwóch pierwszych pytań zawartych w przedmiotowej interpelacji dotyczących niespójnych i wadliwych zapisów zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, uprzejmie wyjaśniam, iż brak jest podstaw do formułowania takich stwierdzeń w odniesieniu do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 74/2010/DSOZ z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna zmienionego zarządzeniem Nr 87/2010/DSOZ z dnia 29 grudnia 2010 r. Jednocześnie uprzejmie informuję, iż do Ministerstwa Zdrowia nie docierały sygnały o niespójności zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym zakresie.

W odniesieniu natomiast do powrotu do koncepcji medycyny rodzinnej i pielęgniarstwa rodzinnego, w której świadczenia realizowane byłyby przede wszystkim w miejscu zamieszkania, uprzejmie informuję, iż wprowadzenie zmian polegających na wyodrębnieniu pielęgniarstwa rodzinnego jest nieuzasadnione, ponieważ funkcjonujący zakres świadczeń realizowanych przez pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej spełniają wymogi określone przepisami i zabezpieczają usługi

zdrowotne dla osób korzystających z podstawowej opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.

Równocześnie należy podkreślić, że realizacja świadczeń gwarantowanych pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej zabezpieczona jest zarówno w gabinecie pielęgniarstwa poz, jak również w środowisku zamieszkania świadczeniobiorcy. Poza tym wszyscy świadczeniobiorcy, którzy dokonali wyboru pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie deklaracji wyboru, powinni być objęci kompleksową i odpowiednią do stanu zdrowia opieką pielęgniarską zgodnie z zakresem kompetencji pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej.

Ponadto, uprzejmie informuję, iż obecnie w Ministerstwie Zdrowia, w dniu 26 stycznia br., rozpoczął prace Zespół do spraw opracowania zmian systemu organizacji podstawowej opieki zdrowotnej, które przyczynią się do zwiększenia dostępności do świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W skład ww. zespołu wchodzi między innymi Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego oraz przedstawiciele Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych. ■

Z upoważnienia  
Ministra Zdrowia  
Sekretarz Stanu  
Jakub Szulc



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

### SZKOLENIA JEDNODNIOWE

Lp.	Nazwa kursu	Planowany termin	Cena z refundacją*	Całociowa cena kursu
1	Pierwsza pomoc w stanach zagrożenia życia	28.03.2011	Bezpłatny	50 zł
2	Zastosowanie przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	Bezpłatny	50 zł

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

## 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
KURSY SPECJALIZACYJNE				
1.	Pielęgniarstwo chirurgiczne	Rok 2011	Dofinansowanie z MZ	
KURSY KWALIFIKACYJNE				
1.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej	Marzec 2011r.	1100 zł	1600 zł
2.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej	II połowa 2011r.	1000 zł	1500 zł
3.	Pielęgniarstwo zachowawcze	II połowa 2011r.	900 zł	1400 zł
KURSY SPECJALISTYCZNE				
1.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego Nr 03/07 kurs dla pielęgniarek i położnych	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	200 zł	600 zł
2.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Nr 02/07 kurs dla pielęgniarek i położnych	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	250 zł	500 zł
3.	Szczepienia ochronne Nr 03/08 kurs dla pielęgniarek	II połowa 2011r.	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	II połowa 2011r.	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.	Cewnikowanie pęcherza moczowego kurs dla pielęgniarek	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	40 zł	60 zł
3.	Podstawy żywienia dojelitowego i pozajelitowego	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 20 osób	100 zł	150 zł
4.	Badanie tętna płodu – zapis kardiokografii	Termin zostanie podany po zebraniu grupy 15 osób	50 zł	80 zł

Dla członków OIPiP w Częstochowie regularnie opłacających składki przez dwa lata

## Część III pracy pt.: DEPRESJA

### II DEPRESJE OKOŁOPORODOWE

#### 2.3. PROBLEMY DEPRESYJNE KOBIET PO PORODZIE

Depresja poporodowa to rodzaj zachowania psychicznego kobiety po porodzie o obrazie na pograniczu depresji endogennej i reaktywnej. Jest ona schorzeniem tyleż samo powszechnym (10-20% położnic), co niedodiagnozowanym. Szacuje się, że aż około 50% kobiet cierpiących na tę przypadłość nie zgłasza się do lekarza, mimo, że podlegają opiece lekarskiej. Najnowsze kryteria diagnostyczne zalecają postawienie diagnozy schorzenia jako depresja, gdy pierwszy epizod depresyjny rozwinie się w ciągu czterech do sześciu tygodni po porodzie.

Według klasyfikacji DSM – IV, pierwszy ciężki epizod depresyjny może nawet trwać nieprzerwanie do dwóch lat. DSM – IV zawiera określenie zaburzeń poporodowych jako przebyte epizody ciężkiej depresji, manii, w przebiegu choroby afektywnej jednobiegunowej, choroby afektywnej dwubiegunowej, czy krótkotrwałych zaburzeń psychotycznych, jednakże aby można było użyć tych określeń początek zaburzeń musi nastąpić w ciągu czterech tygodni połogu. Dla określenia charakteru i nasilenia zaburzeń poporodowych przyjmuje się kilka podziałów stanów emocjonalnych po porodzie:

- 1) depresja trzeciego dnia (postpartum blues, baby blues),
- 2) depresja poporodowa (postpartum depression),
- 3) psychozy poporodowe (puerperal psychosis),
- 4) zespół stresu pourazowego (post traumatic stress disorder).

##### 2.3.1. Depresja trzeciego dnia (postpartum blues, baby blues)

Depresja trzeciego dnia, czyli smutek poporodowy (chandra) jest reakcją typową tylko dla porodu. Jak podaje Yalom (1968), jest to typowa reakcja kobiety na sytuację stresowo – fizyczną. Występuje ona u 50 – 80% położnic, pojawia się zwykle w trzeciej lub w czwartej dobie po porodzie i ma związek raczej ze zmianami hormonalnymi, powodującymi rozchwianie emocjonalne. Nie jest ona typowym zaburzeniem psychicznym, stanowi raczej etap procesu adaptacji do roli matki.

Młoda mama staje się wówczas płaczliwa bez powodu, czuje się bezradna, staje się smutna, jest przytłoczona nowymi obowiązkami. Występują dodatkowo takie odczucia jak: lęk, płaczliwość, poczucie nadwrażliwości, zaburzenia snu, brak apetytu, bóle głowy. Wydaje jej się, że nie rozumie potrzeb dziecka i nie potrafi ich zaspokoić.

Czynniki sprzyjające temu zaburzeniu to:

- 1) pierwsze dziecko,
- 2) brak opieki i zainteresowania jej problemami ze strony personelu,
- 3) niedostateczna pomoc przy karmieniu dziecka piersią,
- 4) przeniesienie dziecka na oddział intensywnej opieki,
- 5) negatywne uczucia związane z porodem.

Częstość występowania chandry poporodowej sugeruje nam na biologiczne podłoże. Za jeden z głównych czynników sprawczych uważa się, dramatyczne zmiany w wydzielaniu hormonów. Stein (1982) opisał dwie różne fazy chandry. Pierwsza z nich obejmuje opisane epizody między trzecim a dziesiątym dniem połogu. Druga faza ma cięższy przebieg i trwa dłużej. Na jej przebieg składa się zespół objawów takich jak: głęboki smutek, irytacja, stan napięcia, niepokój, splątanie, bóle głowy, bezsenność. Według Steina mogą występować w różnych kombinacjach i nasileniu. Kendell (1985) uważał, że wystąpienie chandry kojarzy się z początkiem większości psychoz i sugerował, że dowolny mechanizm może być „zapłonem” dla psychozy u predysponowanych kobiet. Mimo, że stan ten jest dość powszechny, to wszystkie położnice doświadczające go powinny być traktowane z sympatią, zrozumieniem i powinny być bacznie obserwowane w szpitalu i po powrocie do domu.

Zaburzenie depresji „trzeciego dnia” zazwyczaj przemija samo. Nie wymaga wdrażania leczenia farmakologicznego, wskazana jest psychoedukacja pacjentki i jej rodziny. W tym czasie młoda mama potrzebuje więcej uwagi, wsparcia i pomocy w codziennych czynnościach. Im większa będzie pomoc otoczenia, tym szybciej upora się ze swoim złym samopoczuciem. Ponadto działania profilaktyczne na tym etapie mogą zapobiegać rozwinieniu się pełno objawowej depresji poporodowej.

##### 2.3.2. Depresja poporodowa (postpartum depression)

Depresja poporodowa zwana również depresją postnatalną pojawia się najczęściej od pierwszego do drugiego miesiąca po urodzeniu dziecka. Na ten rodzaj depresji zapada około 10-20% kobiet. Występuje częściej u kobiet, które przeżyły chandrę poporodową. Według różnych źródeł i badań stwierdza się, że epizod może trwać od trzech do dziewięciu miesięcy, ale depresja nie leczona może utrzymywać się nawet do dwóch lat po porodzie.

Objawy depresji są różne u różnych kobiet, ale najważniejsze główne wskaźniki mówią, że następuje zmiana charakteru i ich zachowań. Depresja poporodowa ma cięższy przebieg i trwa dłużej niż chandra, ale jest mniej dramatyczna od psychozy. Objawy depresji w okresie poporodowym są podobne do objawów depresji, które występują w innych okresach życia, należą do nich:

- 1) brak pewności siebie, trudności z podejmowaniem decyzji,
- 2) bierność, trudności w wykonywaniu codziennych czynności, osłabienie energii życiowej,
- 3) izolowanie się od otoczenia, unikanie kontaktów towarzyskich,
- 4) przygnębienie, negatywne myśli, poczucie beznadziejności,
- 5) anhedonia – niezdolność przeżywania przyjemności (także w kontakcie z dzieckiem),
- 6) napięcie psychiczne, drażliwość, niezdolność odprężenia się,
- 7) obwinianie się, poczucie bezwartościowości,
- 8) bolesność ciała bez oznak choroby, złe fizyczne samopoczucie,
- 9) przewrażliwienie na punkcie zdrowia i rozwoju dziecka,
- 10) okresowo obojętność na potrzeby dziecka, zmęczenie, wyczerpanie,



- 11) pogorszenie pamięci i koncentracji, kłopoty ze snem,
- 12) nawracające niepokojące myśli o śmierci lub czasami myśli samobójcze.

Depresję poporodową od depresji klinicznej odróżnia fakt, że pojawia się ona w konkretnym momencie życiowym. Jest to czas oczekiwania i marzeń związanych z przyjściem na świat dziecka. Powszechny mit o „najszczęśliwszym okresie w życiu kobiety” może stać się w późniejszym czasie podłożem do rozczarowania i zawodu. Ponadto depresja nakłada się na najbardziej wyczerpujący okres w życiu kobiety. Nakłada się odpowiedzialność za dziecko, ciągły stres i niewyspanie się. Kobiety chcą wzorowo wypełniać obowiązki matki i żony. Psycholog Anna Otffinowska uważa, że bardziej skłonne do depresji zalicza się kobiety, które w przeszłości cierpiały na zaburzenia nerwowe lub miały tendencje do zaburzeń depresyjnych w trudnych sytuacjach. Niemniej jednak nie wyklucza się, że depresja poporodowa może dotknąć kobiety, które przed urodzeniem dziecka dobrze radziły sobie ze stresem i nie miały żadnych poważnych problemów emocjonalnych w przeszłości. Depresję może wywołać również fakt, że w wyniku ciąży doszło do skrajnego pogorszenia sytuacji życiowej kobiety.

Inne źródła podają, że lista czynników wywołujących depresję po porodzie jest bardzo długa i obejmuje: zaburzenia depresyjne w wywiadzie, zmniejszone wsparcie ze strony partnera, lub trudności małżeńskie, złe przystosowanie społeczne, nieplanowana ciąża, bezrobocie matki lub ojca dziecka, powikłania i problemy zdrowotne po porodzie, utrata dziecka. Według najnowszych wyników badań (Krysiak i in. 2006) wykazano związek między obecnością przeciwności przeciwartycykowych, a występowaniem nastrojów depresyjnych po porodzie. Dlatego u wszystkich kobiet cierpiących na depresję poporodową oprócz konsultacji psychiatrycznych należy wykonać również badanie internistyczne, aby wykluczyć zaburzenia czynnościowe tarczycy.

Przy omawianiu depresji poporodowej należy jeszcze zwrócić szczególną uwagę na depresje poporodowe o przebiegu nawracających zaburzeń depresyjnych. Jak już wspomniałam wcześniej, ten rodzaj depresji występuje u kobiet, które już w przeszłości przeżyły epizod dużej depresji.

Zwykle epizod poporodowy jest cięższy niż poprzednie. Depresja ta pojawia się zwykle kilka tygodni lub miesięcy po porodzie. W ciężkiej postaci, poza pojawiającymi się natręctwami oraz lękiem często występują myśli samobójcze oraz akty agresji przeciwko własnej osobie lub dziecku.

### 2.3.3. Psychozy poporodowe (puerperal psychosis)

Definicja psychozy poporodowej do tej pory była dyskusyjna. Zdaniem Herzoga (1976) większość badaczy nie uznawała przez długie lata odrębności psychoz poporodowych. Zasadniczym kryterium wyróżniającym psychozę poporodową jest bliski związek czasowy z ciążą i porodem. Okres w jakim może wystąpić psychoza poporodowa rozciąga się od pierwszych dwóch tygodni po porodzie do dziewięciu miesięcy czy nawet jednego roku.

Brockington uważa, że początek psychozy nie powinien wystąpić później niż sześć tygodni po porodzie. Według Bukowczyka psychozy poporodowe należy rozpoznawać tylko u tych chorych, u których nie występowały w wywiadzie rodzinnym przypadki zaburzeń psychicznych, a psychoza wystą-

piła niewątpliwie w związku czasowym z porodem i nie ma objawów zakażenia.

Według najnowszych źródeł, psychoza poporodowa jest określana jako grupa zaburzeń heterogennych, których wspólną cechą jest wystąpienie w okresie poporodowym. Jest to najcięższa postać zaburzeń poporodowych. W 90% są to zaburzenia afektywne z objawami psychotycznymi, w 40% są to manie. Szewczuk – Bogusławska podaje, że początek zaburzenia jest ostry i pierwsze objawy pojawiają się zwykle między trzecim a czternastym dniem połoгу. Według Amerykańskich źródeł psychozy poporodowe występują u około dwóch położnic na tysiąc, ale proporcja ta jest uderzająco wysoka w porównaniu z występowaniem tej choroby w innych okresach życia. Fakt ten potwierdzają prace Deana i Kendella z Edynburga (1981).

Psychoza obejmuje całą gamę stanów: stan maniakalny, delirium lub omamy przypominające schizofrenię. Prawie w każdym przypadku początek choroby jest nagły i dramatyczny. Kobieta bywa zazwyczaj splątana, podejrzliwa, niedowierzająca, czasem agresywna, może stracić kontakt z rzeczywistością. Może zgłaszać, że ktoś chce ją zabić, lub może chcieć zabić kogoś (bardzo często ofiarami są nowonarodzone dzieci). Kobieta słyszy głosy nakazujące zabicie siebie lub dziecka. Niekiedy psychoza poporodowa przypomina ostry zespół mózgowy objawiający się oszołomieniem, splątaniem lub rozproszeniem uwagi.

Jedną z charakterystycznych cech psychoz poporodowych jest jej nawrotowość. Hamilton i Winokur twierdzą, że szansa nawrotu dla każdej ciąży waha się w granicach 13 - 20%. Jednakże Reich udowadnia w swoich badaniach, że powtarzalność ta sięga 50%, a epizod psychotyczny związany z porodem waha się w granicach 24%.

W swojej publikacji, Urszula Świerzy podaje, że na źródło psychoz poporodowych składają się: przyczyny egzogenne, zaburzenia hormonalne, psychosocjalne, a także sumujące się różne źródła stresu.

Według psycholog Anny Otffinowskiej główne czynniki sprzyjające psychozie poporodowej to: „wcześniejsze zaburzenia psychiczne (schizofrenia, choroba afektywna), - również w rodzinie, pierwszy poród, cięcie cesarskie, śmierć dziecka w okresie okołoporodowym, samotne macierzyństwo a także izolacja społeczna”.

Poporodowe zaburzenia psychiczne mają ogromny wpływ na dalsze losy kobiety. Kobiety z takimi skłonnościami mogą już nigdy więcej nie decydować się na macierzyństwo, wybierając aborcję, sterylizację lub targnięcie się na własne życie. Ze względu na zagrożenie życia matki i dziecka, pacjentka z psychozą poporodową powinna być leczona w oddziałach stacjonarnych psychiatrycznych.

Wyżej wymienione poglądy różnych badaczy na problem i występowanie psychoz poporodowych świadczą o tym, że jest to do tej pory jednostka chorobowa, która nie ma statystycznie uchwytne go czynnika ryzyka.

Ujednolicanie wszystkich rodzajów poporodowych zaburzeń psychicznych mianem depresji poporodowej, doprowadza do tego, że uniemożliwia to oszacowanie tego problemu w naszym kraju.

Aldona Górniak

## CUKRZYCA TYPU 2

Cukrzyca jest chorobą metaboliczną, której podstawowym objawem jest podwyższony poziom glukozy we krwi (hiperglikemia). Charakteryzuje ją nieprawidłowa przemiana węglowodanów, białek i tłuszczów. Zaburzenia te wynikają z niewłaściwego wydzielania i działania insuliny. Jest schorzeniem o przewlekłym charakterze, którego nie można wyleczyć. W trakcie leczenia dążymy do tzw. wyrównania cukrzycy czyli osiągnięcia jak najlepszych wartości glikemii, ciśnienia tętniczego krwi, cholesterolu, wagi ciała i wielu innych parametrów. Przewlekłe utrzymująca się hiperglikemia powoduje uszkodzenie, zaburzenie funkcji a nawet niewydolność wielu narządów. Wyróżniamy kilka typów cukrzycy w zależności od przyczyn powstania. Zachorowalność na cukrzycę jest odmienna w różnych częściach świata. W krajach europejskich wynosi ona około 5-7% (najwięcej ludzi choruje w Finlandii, najmniej we Francji). W Stanach Zjednoczonych częstość występowania cukrzycy u osób rasy białej wynosi około 7%, wśród ludności murzyńskiej około 11%, a u niektórych Indian ponad 50% populacji choruje na cukrzycę.

Cukrzyca typu 2 jest najczęściej występującą postacią cukrzycy. Stanowi około 80-90% wszystkich jej przypadków. Na świecie choruje na ten typ cukrzycy około 240 milionów ludzi. Liczba ta stale wzrasta głównie w krajach rozwiniętych i wysoko uprzemysłowionych. Dlatego cukrzyca typu 2 stanowi olbrzymi światowy problem zdrowotny i ekonomiczny.

Celem leczenia cukrzycy jest uwolnienie chorego od jej objawów, zapobieganie powikłaniom narządowym oraz przedłużenie życia i poprawa jego komfortu. U chorych na cukrzycę wśród których stwierdza się powikłania narządowe, optymalne wyrównanie cukrzycy może spowolnić ich rozwój, a niekiedy zahamować dalszy postęp. Do przewlekłych powikłań cukrzycy należą zmiany w naczyniach i nerwach obwodowych. Powikłania naczyniowe cukrzycy dotyczące naczyń włosowatych różnych narządów noszą nazwę mikroangiopatii. Ujawniają się pod postacią retinopatii i nefropatii cukrzycowej. Mianem retinopatii cukrzycowej określa się uszkodzenie naczyń włosowatych dna oka (siatkówki) mogące prowadzić do znacznego pogorszenia a nawet całkowitej utraty wzroku. Częstość występowania retinopatii wiąże się z czasem trwania cukrzycy. Retinopatia cukrzycowa przez długi okres czasu może przebiegać bezobjawowo. Dlatego też u wszystkich chorych na cukrzycę konieczna jest stała kontrola okulistyczna. Drugim co do częstości występowania powikłaniem w narządzie wzroku u chorych na cukrzycę jest zaćma.

Nefropatia cukrzycowa jest jedną z głównych przyczyn niewydolności nerek. Występuje u około 20% chorych na cukrzycę typu 2. Rozwijająca się nefropatia cukrzycowa może doprowadzić do całkowitej niewydolności nerek, wymagającej dializoterapii lub przeszczepu. Istotny wpływ na rozwój nefropatii ma przede wszystkim hiperglikemia oraz nadciśnienie tętnicze.

Chorzy na cukrzycę typu 2 znacznie częściej zapadają na schorzenia układu sercowo-naczyniowego. Powodem są powikłania naczyniowe cukrzycy, dotyczące dużych i średnich naczyń zwane makroangiopatią. Przyczyną powstawania makroangiopatii cukrzycowej jest miażdżycza ścian naczyń. Dotyczy to przede wszystkim tętnic wieńcowych, mózgowych oraz tętnic kończyn dolnych. Wynikiem rozwoju miażdżycy tętnic wieńcowych jest choroba niedokrwienna serca. Pierwszym jej objawem może być zawał serca lub nagły zgon. Podstępny charakter choroby wieńcowej serca wynika z bezobjawowego przebiegu. Chorzy mogą nie odczuwać bólu wieńcowego typowego dla choroby niedokrwiennej serca; powodem jest uszkodzenie włókien nerwowych zaopatrujących serce. Objawem choroby wieńcowej może być u tych chorych szybkie męczenie się, nadmierne pocenie, niewielka duszność wysiłkowa czy zaburzenie rytmu serca. U chorych na cukrzycę często obserwuje się bezbólony przebieg zawału serca. W części przypadków może dojść do zasłabnięcia oraz nudności i wymiotów.

Choroba naczyniowa mózgu u chorych na cukrzycę jest wynikiem toczących się zmian miażdżycowych w naczyniach mózgu. Najczęściej przebiega pod postacią udarów niedokrwiniennych w około 80% spowodowanych zmianami zatorowo-zakrzepowymi. Mogą występować u ludzi młodych; zwykle mają ciężki przebieg i poważne rokowanie. Czynnikiem sprzyjającym wystąpieniu udaru mózgu jest długi czas trwania cukrzycy, jej złe wyrównanie a także nadciśnienie tętnicze i zaburzenie gospodarki lipidowej.

Choroba niedokrwienności kończyn dolnych jest wynikiem miażdżycy dużych tętnic, małych tętniczek i ich odgałęzień w obrębie kończyn dolnych. Początkowo w przebiegu choroby mogą występować bóle wysiłkowe zlokalizowane zazwyczaj w łydkach, obrębie ud a niekiedy i pośladków. W wyniku postępującego niedokrwienia skóra kończyn staje się chłodniejsza i bleda; może dojść do zaników mięśniowych i owłosienia. Tetno na tętnicach obwodowych (tętnicy grzbietowej stopy i piszczelowej tylnej) staje się niewyczuwalne. Postępująca miażdżycza i tworzące się zakrzepy mogą prowadzić do zamknięcia naczynia prowadząc do martwicy palców a niekiedy całej stopy. Umiejscowienie miażdżycy w obrębie podudzia i stopy, obecność neuropatii czuciowej oraz zakażenia bakteryjnego lub grzybiczego tworzą obraz tzw. "zespołu stopy cukrzycowej". Chorzy nie odczuwają bólu i temperatury. Często doznają skaleczeń, oparzeń które stają się źródłem infekcji. Niepodjęcie w porę właściwego leczenia może doprowadzić do gangreny stopy i stać się przyczyną jej amputacji. Objawy obwodowej neuropatii cukrzycowej w obrębie dłoni występują rzadko. Zgłaszane przez pacjentów drętwienia, mrowienia, zaburzenia czucia odczuwane najczęściej w nocy są spowodowane zwykle zespołem cieśni nadgarstka który stwierdza się nie tylko u chorych na cukrzycę. Schorzenie to leczy się operacyjnie i przynosi bardzo dobre efekty.

Objawy neuropatii mogą również wystąpić ze strony układu pokarmowego. Chorzy skarżą się na odbijania, nudności, niekiedy wymioty, bóle brzucha, uczucie pełności (wzdęcia) w nadbrzuszu oraz nieprzewidywalne wzrosty i spadki

poziomu glukozy we krwi (hiper- i hipoglikemia). Dlatego też wczesne rozpoznanie cukrzycy, identyfikacja czynników ryzyka, wybór właściwego leczenia oraz profilaktyka mogą w istotny sposób opóźnić lub spowolnić rozwój schorzeń układu sercowo-naczyniowego i innych powikłań.

Bardzo ważnym elementem w leczeniu cukrzycy jest samokontrola ponieważ:

1. demaskuje podstępność choroby
2. umożliwia zapanowanie nad nią
3. pozwala na:
  - a. dokładne sprawdzenie efektów leczenia
  - b. lepsze wyrównanie metaboliczne cukrzycy
  - c. ocenę zagrożenia hiperglikemią
  - d. ocenę skuteczności przyjmowanych leków doustnych i/lub insuliny
4. zmniejsza ryzyko wystąpienia późnych powikłań cukrzycy

Samokontrola polega na:

1. kontroli stężenia glukozy we krwi
2. oznaczeniu stężenia glukozy we krwi
3. badaniu obecności acetonu w moczu
4. pomiarze ciśnienia tętniczego krwi
5. kontroli stóp
6. systematycznym prowadzeniu samokontroli
7. samodzielnej interpretacji i zdolności do podejmowania decyzji o zmianie leczenia w oparciu o uzyskane wyniki, zgodnie z zaleceniami lekarza

Pomiaru stężenia glukozy we krwi dokonujemy za pomocą:

- suchych testów paskowych
- glukometru

Częste wykonywanie pomiarów daje większą szansę na wykrycie nieprawidłowych poziomów glukozy we krwi. Umożliwia szybkie podjęcie właściwej decyzji co do modyfikacji lub zmiany prowadzonego leczenia. Oznaczenie stężenia glukozy w moczu czyli glukozurii dokonujemy za pomocą testów paskowych do moczu. Trzeba dążyć do osiągnięcia takich wartości stężenia glukozy we krwi przy których nie stwierdza się glukozy w moczu.

Badanie obecności acetonu w moczu czyli acetonurii wykonujemy jeżeli:

1. stężenie glukozy we krwi oznaczone kilkakrotnie przekracza wartość 240 mg%
2. gdy wynik pojedynczego pomiaru przekroczy 300 mg%
3. gdy wystąpią objawy hiperglikemii
4. w czasie dodatkowej choroby
5. w przypadku biegunki lub wymiotów

Aceton w moczu oznacza się za pomocą testów paskowych. Jeśli wynik pomiaru wskazuje zawartość acetonu w moczu trzy plusy (+++) wymaga to natychmiastowej interwencji lekarskiej.

Pomiaru ciśnienia tętniczego krwi w początkowym okresie leczenia wykonujemy kilka razy dziennie, w późniejszym etapie leczenia 2 razy dziennie a po uzyskaniu normalizacji ciśnienia kilka razy w tygodniu.

Zasady postępowania podczas kontroli stóp:

1. oglądać stopy codziennie
2. myć w letniej, bieżącej wodzie
3. do mycia używać mydła toaletowego
4. po umyciu należy dokładnie osuszyć stopy oraz przestrzenie między palcami
5. stosować talk lub krem natłuszczający z wyjątkiem przestrzeni między palcami
6. paznokcie obcinać prosto
7. nosić wygodne i dopasowane obuwie
8. nigdy nie wolno chodzić boso
9. nie usuwać samodzielnie odcisków
10. unikać nadmiernego ogrzewania i oziębiania stóp

Kontrola masy ciała u chorego na cukrzycę i jej normalizacja może przyczynić się do zmniejszenia dawek stosowanych leków, a niekiedy do ich odstawienia. Dlatego ważnym elementem leczenia cukrzycy jest prawidłowa dieta.

Odpowiednia dieta czyli produkty o niskim indeksie glikemicznym, złożone węglowodany, zmniejszona ilość tłuszczów nasyconych, więcej rozpuszczalnego błonnika zmniejsza hiperglikemie poposiłkowe i pozwala zapobiegać powikłaniom. Również przestrzeganie zaleceń diabetycznych, zasad zdrowego żywienia i właściwy program ćwiczeń fizycznych z pewnością pozwolą osiągnąć i utrzymać optymalną masę ciała.

Pacjenci leczący się z powodu cukrzycy powinni ważyć się:

1. ze współistniejącą nadwagą lub otyłością jeden raz w tygodniu w celu sprawdzenia efektów leczenia
2. z prawidłową masą ciała jeden raz w miesiącu w celu samokontroli

Na koniec można zadać sobie pytanie czy w niedalekiej przyszłości przewiduje się jakiś przełom w leczeniu cukrzycy. Wiemy że w XX wieku przełomem w leczeniu cukrzycy było odkrycie insuliny oraz zastosowanie leków doustnych p/cukrzycowych. Jednakże leki te powodują, że insulina wydzielana jest w nadmiarze. Podając insulinę pacjentowi naśladujemy działanie naszego organizmu w bardzo prymitywny sposób. Dlatego poszukuje się leków, które spowodują wydzielanie insuliny w odpowiedniej ilości. Chodzi o to, by zmniejszały one insulinooporność, nie dopuszczając równocześnie do tego, żeby wątroba produkowała nadmiar glukozy. W USA wynaleziono już substancję która ma wpływać na insulinę w celu przekazywania jej impulsów do dalszego działania.

Należy uświadamiać chorych, że pomimo obecnej nieuleczalności cukrzycy, która jest jedną z bardziej rozpowszechnionych chorób cywilizacyjnych, powyższe fakty dotyczące prac naukowych nad nowymi metodami leczenia oraz rygorystyczne przestrzeganie zasad i zaleceń lekarzy oraz samokontrola dają nadzieję na polepszenie komfortu życia a także umożliwiają normalne funkcjonowanie w społeczeństwie. ■

Opracowała:  
Dorota Krzezińska



## Pielęgniarka jako towarzysz umierającego

Jakże wiele różnych zdarzeń  
może spotkać dziś człowieka:  
moc wypadków i obrażeń chorób  
i zarazków czeka!

Są wśród nich szczególnie przykre,  
co sen z wielu spędza powiek i  
pobudza do myślenia co uczynić,  
by żyć mógł człowiek

Bo nowotwór to tragedia dla  
rodziny i chorego załamanie  
planów życia-trudno znaleźć coś  
gorszego!

Jak tu przeżyć stresów tyle,  
ból, wymioty i gorączkę, tę  
samotność co w cierpieniu  
gorsza niżli jakaś drżączka!

Lecz w tym wszystkim ci pomogą  
złote ręce pielęgniarek i ich serce  
pełne uczuć miej Pacjencie  
więcej wiary!

To w tym właśnie pięknym celu w  
Kazimierzu się spotkały  
pielęgniarki z całej Polski i trzy dni  
debatowały

jak polepszyć jakość życia? jak  
godność szanować chorego?  
jak uchronić go od cierpień co  
czyhają wciąż na niego?

Tym ideom w onkologii trzeba  
nadać też znaczenie, pielęgnacja  
jest tu bowiem nie mniej ważna  
niż leczenie.

Czegóż więc życzyć na początek  
pielęgniarkom w onkologii?  
Miejcie serce i wytrwałość,  
korzystajcie z psychologii, bo nie  
zawsze będzie dane jak już  
wykazały dzieje zwalczyć przykre  
te choroby, ale można dać  
NADZIEJĘ!

Kazimierz Sułek

Zachorowanie i diagnoza nowotworu zastaje człowieka w określonym momencie czasu, posiada on lata nauki, pracy, doświadczeń i swoje własne indywidualne marzenia o przyszłość. Założył rodzinę, wychowuje dzieci, pracuje, dba o bliskich, ma plany życiowe. Tymczasem zjawiają się niepokojące objawy, nasilające się z upływem czasu, które nie pozwalają na realizację wielu pragnień. W końcu pojawia się konieczność hospitalizacji i podjęcia długotrwałego leczenia. Wraz z rozwojem choroby spada wydatność fizyczna i psychiczna. Stres spowodowany chorobą nie pozwala myśleć o niczym innym poza nią, a jeżeli już to przez pryzmat złego stanu zdrowia. Niewiele jest osób, które umieją twórczo wykorzystać czas ograniczony nieuleczalną chorobą.

W czasie konfrontacji pacjenta z wielkim emocjonalnym stresem spowodowanym chorobą może dojść do manifestowania dużej ilości reakcji emocjonalnych, nawet w najbardziej stabilnej i dobrze przystosowanej osobowości. Reakcje te obrazują próby podejmowania przez pacjenta zmagania się i dostosowania do tej trudnej i nieznannej sytuacji.

Należą do nich:

- wyolbrzymienie podstawowych rysów osobowościowych,
- niepokój,
- depresja,
- zaprzeczenie,
- złość i wrogość,
- zachowania regresywne,
- wyolbrzymienie objawów somatycznych,
- zachowania psychotyczne.

Chemioterapia czy też zastosowanie substancji chemicznych do niszczenia komórek nowotworu jest podstawową metodą leczenia nowotworów złośliwych. Jej potencjalne możliwości terapeutyczne odkryto podczas I wojny światowej, kiedy to zaobserwowano hamujący wpływ iperytu azotowego na czynności szpiku kostnego. Od tamtej pory prowadzone są nieustannie badania nad lekami przeciwnowotworowymi, a celem chemioterapii nie jest już tylko łagodzenie, ale leczenie. Główną zaletą chemioterapii jest możliwość zastosowania jej w leczeniu stanów chorobowych o charakterze rozległym bądź przerzutowym, podczas gdy zabieg chirurgiczny czy też radioterapia ograniczają się jedynie do leczenia zmian miejscowych. Obecnie, na rynku Stanów Zjednoczonych dostępnych jest około 50 środków hormonalnych oraz innych leków o działaniu przeciwnowotworowym.

Podawanie leków cytostatycznych jest częstą formą terapii choroby nowotworowej. Leczenie to może powodować potencjalne zagrożenie dla zdrowia pacjenta, a pojawienie się przykrych objawów ubocznych przyczynia się w wydatny sposób do zaburzeń w psychospołecznej sferze aktywności człowieka chorego. Problemy te mogą spowodować pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, zmniejszyć wiarę w skuteczność leczenia oraz zachwiać wiarę w celowość całości terapii. Pielęgniarka onkologiczna może zapobiec tym niekorzystnym stanom lub znacznie je zredukować poprzez właściwą ocenę zapotrzebowania na wsparcie psychospołeczne oraz umiejętne czuwanie nad jego dostarczaniem, a także stawianie się dawcą tego wsparcia.

Zdrowe komórki o krótkim czasie podwajania podobnie jak komórki nowotworowe, są wrażliwe na toksyczne działanie leków chemioterapeutycznych. Są to takie tkanki jak: szpik

kostny, mieszki włosowe, nabłonek przewodu pokarmowego oraz komórki rozrodcze. Zahamowanie czynności szpiku kostnego występują jako skutek uboczny działania wielu środków chemioterapeutycznych. "Nadir", czy też innymi słowy moment, kiedy liczba krwinek osiągnie swój najniższy punkt po zastosowaniu chemioterapii, jest różny dla każdego leku (zwykle jest to ok. od 7 do 24 dni). Obliczenie, kiedy nastąpi nadir jest niezwykle istotne dla przewidywania, kontroli oraz odpowiedniego reagowania na zahamowanie czynności szpiku kostnego. Łysienie, nudności i wymioty, zapalenie śluzówki oraz niepłodność to najczęściej występujące skutki uboczne, kiedy uszkodzona zostanie tkanka o krótkim czasie podwajania.

Lekom chemioterapeutycznym przypisuje się również różnorodne działanie uboczne na układy i narządy, których następstwem może być upośledzenie czynności serca, płuc, wątroby, nerek oraz systemu nerwowego. Skutki tego rodzaju obserwuje się zwykle w przypadku długotrwałego podawania leków chemioterapeutycznych. Mogą one mieć charakter trwały czy też nieodwracalny. Wiedza na temat szkodliwego działania tych leków oraz uważna kontrola czynności narządów pozwala na wczesne rozpoznanie toksyczności. Zredukowanie dawki lub przerwanie podawania toksycznego leku przeciwnowotworowego może zapobiec dalszemu pogarszaniu się czynności narządów.

Postępujące złośliwości choroby oraz skutki uboczne prowadzonego leczenia sprawiają, że choroba może dotyczyć całego organizmu. Pielęgniarki opiekujące się chorymi powinny znać objawy choroby i objawy wynikające z prowadzonego leczenia, ponieważ te, szczególnie poważne, mogą wpływać na samopoczucie pacjenta, doprowadzając do dezaprobaty dla prowadzonego leczenia, a w następstwie nawet do śmierci. Pielęgniarki mają w zwalczaniu objawów coraz większą autonomię, stwarzającą szansę dla ich kreatywnej roli i wpływającą na komfort życia pacjenta.

Zaburzenia czynności szpiku kostnego może wynikać albo ze złośliwości schorzenia obejmującego również szpik kostny, albo z mielosupresyjnego działania prowadzonego leczenia. Dochodzi tutaj do zaburzenia czynności krwiotwórczych i wystąpienia granulocytopenii, trombocytopenii i niedokrwistości.

**Granulocytopenia** (obniżona liczba białych ciałek krwi) powoduje zwiększoną podatność na infekcje i stanowi główną przyczynę zachorowalności i śmiertelności wśród chorych na nowotwory. Zarówno mikroorganizmy zewnątrzpochothane jak i flora endogenna, mogą stanowić czynniki chorobotwórcze dla pacjentów o obniżonej odporności. Około 80% chorób infekcyjnych, występujących u chorych na nowotwory, dotyczy dolnego odcinka układu oddechowego, okolicy okołoodbytovej, gardła, układu moczowopłciowego i skóry. Obserwację pacjenta pod kątem możliwości wystąpienia infekcji zaczyna się zwykle prowadzić, gdy liczba granulocytów obniża się poniżej  $1\ 000/\text{mm}^3$ . Ważny element w profilaktyce i zmniejszaniu ryzyka flory egzogennej u pacjenta stanowi mycie rąk.

**Trombocytopenia** (zmniejszenie liczby płytek krwi) może stać się przyczyną krwawień lub krwotoków, gdy liczba płytek obniża się poniżej  $50\ 000/\text{mm}^3$ . Może wówczas zaistnieć potrzeba przetoczenia płytek krwi.

Krwawienia samoistne mogą występować wówczas, gdy liczba płytek obniży się poniżej poziomu  $20\ 000/\text{mm}^3$ . Standardowe w takich przypadkach jest stosowanie przetoczenia

koncentratów płytkowych celem utrzymania liczby płytek krwi na poziomie  $20\ 000/\text{mm}^3$ . Pacjenci muszą być uprzedzeni o grożącym niebezpieczeństwie, aby umieli zapobiec krwawieniom i w porę o nich informowali.

**Niedokrwistość** (obniżona liczba czerwonych ciałek krwi) powoduje u chorych zmęczenie, bóle i zawroty głowy, skrócenie oddechu inne objawy.

Ponieważ organizm zdolny jest kompensować stopniową utratę krwinek czerwonych, pacjenci mogą nie mieć żadnych objawów, dopóki hematokryt nie obniży się poniżej 30%. W takich przypadkach stosuje się przetaczanie krwinek czerwonych i postępowanie zmierzające do usunięcia objawów.

Pielęgniarki powinny edukować pacjentów w zakresie objawów i symptomów granulocytopenii, trombocytopenii oraz niedokrwistości. Pacjenci powinni być również poinformowani o niebezpieczeństwie wystąpienia krwawień i zwiększonej podatności na infekcję uwarunkowaną niską liczbą płytek krwi i białych ciałek krwi. Należy zwrócić szczególną uwagę na zapobieganie infekcjom.

Nudności i wymioty to najpowszechniejsze objawy występujące u pacjentów poddawanych chemioterapii, otrzymujących leki modyfikujące reakcje biologiczne organizmu oraz poddawanych radioterapii obejmującej swym zasięgiem przewód pokarmowy. Objawy takie mogą być uwarunkowane także innymi czynnikami, takimi jak rozrost guza czy przerzuty.

Pacjenci, u których stosuje się chemioterapię często cierpią z powodu nudności i wymiotów na skutek bezpośredniego drażnienia przewodu pokarmowego lub wpływu na ośrodek wymiotny w centralnym układzie nerwowym. Czasami objawy te mogą występować przed wprowadzeniem chemioterapii jako reakcja warunkowa. Dokładny mechanizm ich wystąpienia jest nieznan, a leczenie trudne. Najlepszym sposobem radzenia sobie w takiej sytuacji jest uprzednie podanie pacjentom leków przeciwwymiotnych.

Uważa się, że nudności i wymioty u pacjentów poddawanych radioterapii spowodowane są uszkodzeniem nabłonka przełyku, żołądka i jelit oraz nagromadzeniem produktów przemiany materii niszczonej komórek. Zwalczanie nudności i wymiotów wywołanych prowadzonym leczeniem stało się skuteczniejsze dzięki wprowadzeniu leków przeciwwymiotnych o różnym mechanizmie działania.

Pacjenci, u których występują wymioty uwarunkowane prowadzonym leczeniem otrzymują środki przeciwwymiotne przed podaniem leków i przez okres 23-72 godzin od ostatniego podania leków, zwykle w dawkach wysokich oraz w kombinacjach. Opieka pielęgniarska nad pacjentami polega na nauczaniu ich stosowania leków przeciwwymiotnych i zapoznaniu z mogącymi wystąpić objawami ubocznymi. Pożądana jest także umiejętność oceny reakcji chorego na stosowane leczenie przeciwwymiotne.

Inne techniki działań pielęgniarskich, jak: stosowanie technik relaksacyjnych, odwracanie uwagi i oddziaływanie na wyobraźnię pacjenta w celu zwalczania nudności i wymiotów mają różną skuteczność.

U chorych na nowotwory często dochodzi do zmiany czynności jelit objawiającej się biegunką, zaparciami czy niedrożnością.

Najczęstszymi przyczynami biegunek u pacjentów są: chemioterapia, radioterapia, antybiotyki, resekcja jelita, nietolerancja pokarmowa, stosowanie hiperosmolamej suplemen-

tacji pokarmowej, stosowanie karmienia przez zgłębnik, stany zapalne jelita, wgłobienie kału, niepokój. Krwawa biegunka może wskazywać na toksyczność stosowanych leków. Biegunka może powodować zaburzenie równowagi wodno-elektrolitowej, nietrzymanie stolca i silne podrażnienie okolicy okołoodbytowej. Leczenie uzależnione jest od przyczyny i może polegać na podawaniu leków przeciwbiegunkowych, leków z grupy narkotyków (lomotil, imodium, kodeina, nalewka z opium), leków neutralizujących kwasy (algeldrat), leków zwiększających objętość mas kałowych (metamucil) oraz na stosowaniu diety ubogowłóknikowej i unikaniu środków pobudzających perystaltykę jelit wraz z ograniczeniem doustnego przyjmowania pokarmów celem odciążenia jelit.

Mimo ogromnego postępu w leczeniu nowotworów na przestrzeni ostatnich dziesięcioleci, nadal należą one do najgroźniejszych chorób. Wiele osób utożsamia chorobę nowotworową ze śmiercią, bólem i zeszpeceniem. Niektórzy chorzy obawiają się izolacji, odmiennego traktowania czy niezrozumienia. Dodatkowym obciążeniem psychicznym może być chęć utrzymywanie choroby w tajemnicy.

Choroba nowotworowa jest problemem dotyczącym całej rodziny i może wpłynąć na zaburzenie jej dotychczasowego spokoju. Na skutek tego dochodzi do napięć i stresów, powodowanych nie tylko przez osobę chorą, ale również przez bliższych i dalszych krewnych. Pielęgniarka powinna swoje działanie ukierunkować na problemy i potrzeby całej rodziny, by jak najlepiej pomóc choremu.

W interwencji psychologicznej ważne jest odróżnienie wsparcia od terapii. Wsparcie należy rozumieć jako reakcję wczucia się w sytuację pacjenta i jego rodziny. Pielęgniarki mają wiele okazji podczas swoich kontaktów z pacjentami i ich rodzinami do tego, by pomagać w radzeniu sobie z codziennymi stresami związanymi z chorobą. Powinny również umieć wyselekcjonować pacjentów, którzy wymagają szczególnej pomocy psychologicznej. Aktywne słuchanie, udzielenie informacji i pomoc w rozwiązywaniu problemów stanowią o pełnej roli pielęgniarki. Może ona także wzmacniać nadzieję u pacjenta poprzez jego aktywne uczestnictwo w ustalaniu celów opieki, wykorzystywaniu terapeutycznej roli humoru, podnoszeniu na duchu i mobilizacji sił tkwiących w samym chorym. Wsparcie to powinno się opierać na systemie wartości pacjenta, a nie systemie wartości osoby opiekującej się. Wspierające działania pielęgniarki wymagają przyjęcia przez nią wielu ról jakie będzie spełniać. Kiedy pacjent i jego rodzina usłyszą tak przerażającą pod względem emocjonalnym wiadomość jaką jest diagnoza choroby nowotworowej, poznają plany dotyczące leczenia i rokowanie - mogą odczuwać lęk, nie potrafią na skutek tego krytycznie myśleć i rozwiązywać problemów. W takiej sytuacji pielęgniarki występują w roli osób udzielających wyjaśnień, tłumaczących obcą dla pacjenta terminologię medyczną w trakcie swych działań wspierających i uspokajających.

Pielęgniarki mogą także oddziaływać wspierająco na pacjenta poprzez wsłuchiwanie się w to, co mówi on o swojej chorobie oraz poprzez udzielenie porad, jeśli zaistnieje potrzeba. Niektórzy pacjenci uważają, że choroba nowotworowa jest karą za grzechy albo, że cierpienie jest przysmiotem ducha. Dzieci mogą odczuwać poczucie winy. W takich sytuacjach bardzo pomocne może być udzielenie rady lub wsparcia duchowego.

Jedynym z głównych celów wspierającej roli pielęgniarki jest pomoc rodzinom, pacjentom i personelowi medycznemu w zrozumieniu przykrych emocji jakie wywołuje choroba. Rodziny powinny wiedzieć, że złość jaką przeżywają w stosunku do nich chorzy może być złością transformowaną. Lekarze często nie zdają sobie sprawy z tego, że brak współpracy ze strony chorego wynika z jego lęku. Pacjenci niekiedy źle interpretują depresję u swych współmałżonków, uważając ją za apatię.

Próby wspierania chorych, chociaż mają ogólnie biorąc pozytywny wpływ, mogą natrafić na niespodziewane trudności. Wsparcie ma na celu poprawę samopoczucia poprzez pomoc w rozwiązywaniu problemów, zmniejszenie, niekiedy dominującego u pacjentów, poczucia osamotnienia. Niekiedy działania pielęgniarki, zmierzające do poprawy nastroju lub rozchmurzenia pacjenta, mogą nie być adekwatne do jego przeżyć. Pielęgniarki mogą unikać dyskusji z pacjentem na temat doznawanych przez niego znaczących przeżyć i bolesnych emocji, by nie sprowadzać depresji. Jednakże rozmowa pozwala ujść nadmiernym emocjom oraz nadaje sens i wartość doznaniom. W działaniach swoich pielęgniarki powinny przejawiać gotowość obiektywnego słuchania, czego często nie są w stanie zaoferować rodziny pacjentów.

Choroba nowotworowa może mieć zarówno charakter stresogenny jak i wynagradzający dla pracowników medycznych sprawujących opiekę nad pacjentem. Pielęgniarki mogą wzbogacić się o nową wiedzę i umiejętności oraz znaczący związek jaki wytworzy się między nimi a pacjentami i ich rodzinami. Chociaż należy wspomnieć tutaj o emocjonalnym wyczerpaniu jakie niesie ze sobą opiekowanie się pacjentami i ich rodzinami doświadczającymi cierpienia fizycznego, duchowego i emocjonalnego. Pielęgniarki mogą identyfikować się z pacjentem, odczuwać smutek czy mieć poczucie niepewności. Opiekując się ludźmi, którzy doznali wielorakich strat powinni pamiętać, że strata członka rodziny jest najpoważniejszą stratą.

Ważną strategią w działaniu pracowników służby zdrowia jest utrzymanie równowagi pacjenta i utworzenie grup wsparcia, zarówno w miejscu pracy, jak i poza nim. Istotne i pomocne jest uświadomienie sobie, że pielęgniarki pracują w grupach usankcjonowanych i działają zgodnie z normami, tak jak i inne grupy. Jeśli wartości i regulaminy grup (zespołów), w jakich przyjdzie pracować pielęgniarkom są sprzeczne z ich osobistymi wartościami i zasadami, będą one odczuwać dysonans. Pielęgniarki mogą odczuwać potrzebę sprawdzenia zespołów, w których pracują pod kątem ich adekwatności w stosunku do swoich własnych potrzeb. Należy pamiętać również o tym, że rola pielęgniarki może być różna zależnie od sytuacji, w jakiej znajduje się pacjent. Tak jak rodziny muszą renegocjować swoje obowiązki w sytuacji choroby nowotworowej jednego ze swych członków, tak również członkowie zespołów sprawujących opiekę nad chorym często renegocjują swoje role.

Zapewnienie wzajemnej współpracy wymaga czasu i zaangażowania. Poprzez udział w interdyscyplinarnych wizytach lekarskich, konferencjach i wspólnych nieformalnych spotkaniach pielęgniarskich wzmocnią wzajemne zaufanie i zwrócą uwagę na rolę, jaką same odgrywają. ■

Urszula Sieradzka





# Czy wiedziałeś, że można w roku obchodzić aż tyle okazji? ;-)

STYCZEŃ	
8 stycznia	Dzień sprzątania biurka
6 stycznia	Dzień Filatelisty (Polska)
21 stycznia	Dzień Babci
22 stycznia	Dzień Dziadka
24 stycznia	Światowy Dzień Środków Masowego Przekazu
25 stycznia	Dzień Sekretarki i Asystentki (Polska)
26 stycznia	Światowy Dzień Celnictwa
27 stycznia	Dzień Dialogu z Islamem (Polska); Dzień Pamięci Ofiar Nazizmu; Światowy Dzień Trędowatych
28 stycznia	Międzynarodowy Dzień Mobilizacji przeciwko Wojnie Nuklearnej
LUTY	
2 lutego	Dzień Handlowca; Światowy Dzień Obszarów Wodno-Błotnych
3 lutego	Międzynarodowy Dzień Walki z Rakiem
11 lutego	Międzynarodowy Dzień Języka Ojczystego; Światowy Dzień chorych
14 lutego	Dzień zakochanych
15 lutego	Światowy Dzień Młodzieży Prawosławnej
21 lutego	Międzynarodowy Dzień walki z reżimem kolonialnym
22 lutego	Europejski Dzień Ofiar Przepiętstw; Dzień Myśli Braterskiej (organizacje skautów)
MARZEC	
1 marca	Międzynarodowy Dzień Walki przeciwko Zbrojeniom Atomowym
2 marca	Międzynarodowy Dzień Obrony Cywilnej
3 marca	Międzynarodowy Dzień Pisarzy
5 marca	Dzień Teściowej
6 marca	Dzień Olimpijczyka
8 marca	Dzień Kobiet
10 marca	Dzień Mężczyzny
15 marca	Międzynarodowy Dzień konsumenta
17 marca	Światowy Dzień Morza
18 marca	Europejski Dzień Mózgu
20 marca	Światowy Dzień Inwalidów i Ludzi Niepełnosprawnych
21 marca	Pierwszy Dzień wiosny; Dzień Wagarowicza; Międzynarodowy Dzień Poezji; Międzynarodowy Dzień Walki z Dyskryminacją Rasową
22 marca	Światowy Dzień Wody; Dzień Ochrony Bałtyku
23 marca	Światowy Dzień Meteorologii
24 marca	Światowy Dzień Walki z Gruźlicą
27 marca	Międzynarodowy Dzień Teatru
29 marca	Dzień Metalowca (Polska)
KWIECIEŃ	
1 kwietnia	Prima Aprilis Międzynarodowy Dzień Ptaków
2 kwietnia	Międzynarodowy Dzień Książki Dla Dzieci
5 kwietnia	Dzień Leśnika i Drzewiarza (Polska)
7 kwietnia	Dzień Zdrowia; Dzień Pracownika Służby Zdrowia; Dzień Pamięci o Holocauście
8 kwietnia	Międzynarodowy Dzień Romów
10 kwietnia	Dzień Służby Zdrowia (Polska)



11 kwietnia	Dzień Radia; Ogólnopolski Dzień Walki z Bezrobociem Światowy Dzień Osób z Chorobą Parkinsona
12 kwietnia	Międzynarodowy Dzień Lotnictwa i Kosmonautyki,
13 kwietnia	Światowy Dzień Pamięci Ofiar Katynia
14 kwietnia	Dzień Ludzi Bezdomnych (Polska)
15 kwietnia	Międzynarodowy Dzień Kombatanta
16 kwietnia	Dzień Sopera; Dzień Włóknarza,
18 kwietnia	Międzynarodowy Dzień Ochrony Zabytków
20 kwietnia	Międzynarodowy Dzień Wolnej Prasy
22 kwietnia	Dzień Ziemi
23 kwietnia	Światowy Dzień Książki i Praw Autorskich
24 kwietnia	Międzynarodowy Dzień Przeciwno Wiwisekcji; Międzynarodowy Dzień Solidarności Młodzieży
25 kwietnia	Dzień Sekretarki; Międzynarodowy Dzień Świadomości Zagrożenia Hałasem
26 kwietnia	Dzień Drogowca i Transportowca (Polska)
28 kwietnia	Światowy Dzień Pamięci Ofiar Wypadków przy Pracy; Dzień Ziemi
29 kwietnia	Międzynarodowy Dzień Tańca
<b>MAJ</b>	
1 maja	Święto Pracy
2 maja	Święto Polskiej Flagi
3 maja	Święto Konstytucji 3 maja; Dzień wolności prasy; Międzynarodowy Dzień Astmy i Alergii Dzień słońca
4 maja	Dzień Strażaka; Dzień Hutnika; Dzień Kominarza
5 maja	Dzień Położnej; Dzień Godności Osoby z Niepełnosprawnością Intelktual Dzień Leśnika i Drzewiarza (Polska)
8 maja	Dzień Zwycięstwa; Dzień Bibliotekarza i Bibliotek (Polska) Światowy Dzień Czerwonego Krzyża i Czerwonego Półksiężycza
9 maja	Święto Unii Europejskiej / Dzień Unii Europejskiej (lub Dzień Europy)
10 maja	Dzień Pracownika Gospodarki Komunalnej,
12 maja	Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki Dzień Środków Społecznego Przekazu (Kościoł Katolicki) Światowy Dzień Ptaków Wędrownych
14 maja	Dzień farmaceuty; Dzień Budowlanych,
15 maja	Dzień bez Samochodu; Święto Polskiej Niezapominajki; Międzynarodowy Dzień Rodziny Święto Polskiej Muzyki i Plastyki
17 maja	Międzynarodowy Dzień Telekomunikacji
18 maja	Międzynarodowy Dzień Muzeów
19 maja	Międzynarodowy Dzień Pamięci ofiar AIDS
21 maja	Światowy Dzień Kosmosu; Dzień Strażaka; Światowy Dzień rozwoju kulturalnego
22 maja	Dzień Praw Zwierząt
24 maja	Dzień Działacza Kultury i Demokracji Lokalnej, Europejski Dzień Parków Narodowych
25 maja	Dzień Stemplarza; Dzień Piwowara; Dzień Mleka; Międzynarodowy Dzień Dzieci Zaginionych Dzień działacza Kultury i Drukarza; Dzień Afryki
26 maja	Dzień Matki
27 maja	Dzień Samorządu Terytorialnego (Polska)
29 maja	Dzień Działacza Kultury i Drukarza (Polska)
31 maja	Dzień bez papierosa; Światowy Dzień Rozwoju Kultury; Dzień Bociana Białego Dzień Pracownika Przemysłu Spożywczego,



CZERWIEC	
1 czerwca	Dzień Dziecka
2 czerwca	Dzień Leśnika; Międzynarodowy Dzień Ochrony Środowiska Naturalnego
4 czerwca	Dzień Drukarza i Chemika; Międzynarodowy Dzień Dzieci Będących Ofiarami Agresji
5 czerwca	Dzień ochrony środowiska
6 czerwca	Dzień bez samochodu
7 czerwca	Dzień Chemika
10 czerwca	Dzień Straży Granicznej,
16 czerwca	Międzynarodowy Dzień Pomocy Dzieciom Afrykańskim
17 czerwca	Międzynarodowy dzień walki z pustynnieniem i suszami
20 czerwca	Światowy Dzień Uchodźcy
21 czerwca	Początek Lata
22 czerwca	Dzień Kultury Fizycznej; Dzień muzyki europejskiej
23 czerwca	Dzień Ojca
24 czerwca	Światowy Dzień Chorych na Osteoporozę
25 czerwca	Dzień Stoczniozwa
26 czerwca	Dzień zapobiegania narkomanii
27 czerwca	Światowy Dzień Rybołówstwa; Światowy Dzień Walki z Cukrzycą
29 czerwca	Dzień Marynarki Wojennej; Dzień Ratownika WOPR
LIPIEC	
1 lipca	Światowy Dzień Architektury; Dzień Spółdzielczości (Polska)
2 lipca	Dzień Dziennikarza Sportowego
7 lipca	Dzień Spółdzielczości
11 lipca	Światowy Dzień Ludności
15 lipca	Dzień bez telefonu komórkowego
23 lipca	Dzień Włóczykija
24 lipca	Dzień Policjanta
SIERPIEŃ	
1 sierpnia	Dzień karmienia piersią
2 sierpnia	Światowy Dzień Pamięci o Zagładzie Romów
10 sierpnia	Dzień Przewodników i Ratowników Górskich
11 sierpnia	Dzień struktury
12 sierpnia	Międzynarodowy Dzień Młodzieży (ONZ)
13 sierpnia	Dzień leworęcznych
14 sierpnia	Dzień Energetyka (Polska)
15 sierpnia	Święto Wojska Polskiego (Cud nad Wisłą)
23 sierpnia	Dzień Odrodzonego Lotnictwa Polskiego
27 sierpnia	Dzień Energetyka
WRZESIEŃ	
1 września	Międzynarodowy Dzień Pokoju (obchodzony w rocznicę wybuchu II wojny światowej) Dzień Kombatanta (Polska)
3 września	Dzień Energetyka
8 września	Dzień Dobrych Wiadomości; Międzynarodowy Dzień Walki z Analfabetyzmem Międzynarodowy Dzień Piśmiennictwa
9 września	Międzynarodowy Dzień Urody
12 września	Dzień Wojsk Lądowych
13 września	Dzień Kolejarza





16 września	Dzień Warstwy Ozonowej
17 września	Dzień Sybiraka
18 września	Międzynarodowy Dzień Geologa
19 września	Dzień Dzikiej Flory, Fauny i Naturalnych Siedlisk
21 września	Światowy Dzień Osób z Chorobą Alzheimera; Międzynarodowy Dzień Pokoju (ONZ)
22 września	Dzień bez samochodu
26 września	Europejski Dzień Ptaków
27 września	Światowy Dzień Turystyki
28 września	Dzień Budowlanych
30 września	Dzień Chłopaka
<b>PAŹDZIERNIK</b>	
1 października	Początek Roku Akademickiego; Dzień Wegetarianina; Międzynarodowy Dzień Muzyki Międzynarodowy Dzień Lekarza; Międzynarodowy Dzień Ludzi Starszych
4 października	Dzień św. Franciszka - patrona zwierząt (in. Dzień dobroci dla zwierząt)
5 października	Światowy Dzień Nauczycieli (ONZ)
6 października	Międzynarodowy Dzień Nauczycieli, Światowy; Dzień Mieszkalnictwa (ONZ)
9 października	Światowy Dzień Poczty (ONZ); Dzień znaczka pocztowego
9-15 października	Tydzień Pisania Listów
10 października	Dzień Kolejarza; Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego
14 października	Dzień Nauczyciela / Święto Edukacji Narodowej; Światowy Dzień Normalizacji Międzynarodowy Dzień Zmniejszania Skutków Klęsk Żywiolowych
15 października	Międzynarodowy Dzień Niewidomych
16 października	Światowy Dzień Żywności
17 października	Międzynarodowy Dzień Walki z Ubóstwem; Dzień Walki z Rakiem (Polska)
18 października	Dzień Łącznościowca; Dzień Poczty Polskiej
22 października	Światowy Dzień Jąkających się
24 października	Dzień walki z otyłością; Dzień Organizacji Narodów Zjednoczonych Światowy Dzień Informacji
28 października	Dzień odpoczynku dla zszarganych nerwów
31 października	Dzień Rozrzutności
<b>LISTOPAD</b>	
3 listopada	Dzień bez papierosa; Święto Myśliwych
5 listopada	Dzień postaci z bajek
9 listopada	Światowy Dzień Jakości; Międzynarodowy Dzień Walki z Faszyzmem i Antysemityzmem
10 listopada	Dzień Młodzieży
11 listopada	Święto Niepodległości
14 listopada	Światowy Dzień Chorych na Cukrzycę; Dzień Seniora
15 listopada	Międzynarodowy Dzień Pamięci Ofiar Wypadków Drogowych
16 listopada	Dzień Tolerancji
17 listopada	Dzień Studenta
20 listopada	Dzień uprzemysłowienia Afryki
21 listopada	Dzień Pracownika Socjalnego; Światowy Dzień Telewizji (ONZ) Światowy Dzień Życzliwości i Pozdrowień
25 listopada	Dzień pluszowego Misia; Dzień bez Futra; Dzień Kolejarzy i Tramwajarzy
29 listopada	Dzień bez kupowania Dzień Chorążego Międzynarodowy dzień solidarności z Palestyńczykami



GRUDZIEŃ	
1 grudnia	Dzień walki z AIDS
2 grudnia	Światowy Dzień Walki z Uciskiem
3 grudnia	Międzynarodowy Dzień Niepełnosprawnych
4 grudnia	Dzień Górnika i Naftowca (Barbórka)
5 grudnia	Międzynarodowy dzień Wolontariusza
6 grudnia	Mikołajki
7 grudnia	Międzynarodowy Dzień Lotnictwa Cywilnego,
10 grudnia	Dzień Odlewnika; Międzynarodowy Dzień Praw Człowieka; Dzień Ochrony Praw Dziecka
13 grudnia	Dzień Księgarza. Światowy Dzień Telewizji dla Dzieci
18 grudnia	Międzynarodowy Dzień Emigrantów
20 grudnia	Dzień Ryby
28 grudnia	Międzynarodowy Dzień Pocałunku
29 grudnia	Światowy Dzień Różnorodności Biologicznej
31 grudnia	Sylwester



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

*Z przykrością zawiadamiamy, iż w  
dniu 14 stycznia 2011 roku  
odeszła od nas zasłużona*

## ***Pielęgniarka***

*Pani Jadwiga Wojciechowska  
Urodzona w 1923 roku  
Pierwsza Dyrektor Państwowej  
Szkoły Pielęgniarstwa  
w Częstochowie,  
Instruktorka w Państwowym  
Liceum Felczerskim*

*Wyrazy szczerego współczucia  
Rodzinie zmarłej  
składają Pielęgniarki i Położne  
z Okręgowej Izby Pielęgniarek  
i Położnych Częstochowie.*

***POLECAMY CIĘ BOŻEJ  
OPIECE***

*„Gdy umiera  
ktoś bliski,  
często żałujemy,  
że nie zdążyliśmy  
mu czegoś*

*powiedzieć, że nie byliśmy dla niego lepsi.”*

*Czasami brak słów, by  
wypowiedzieć ból  
Czasami brak łez by wypłakać  
żał...*

*Wyrazy szczerego współczucia  
z powodu śmierci*

## ***Mamy***

*Pani Danucie Kryś  
Składają: Personel Centrum  
Opieki  
i Rehabilitacji „Zdrowie”  
oraz*

*Okręgowa Rada Pielęgniarek  
i Położnych w Częstochowie.*



## **I. DYREKCJA ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W KŁOBUCKU**

PRZEPROWADZIŁA W DNIU 10 STYCZNIA 2011 ROKU  
KONKURS NA STANOWISKO PIELĘGNIARKI  
ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA  
STANOWISKA PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ

**PANIĄ Elżbietę Krupińską**

## **II. DYREKCJA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W CZĘSTOCHOWIE**

PRZEPROWADZIŁA W DNIU 9 LUTEGO 2011 ROKU  
KONKURS NA STANOWISKO PIELĘGNIARKI  
ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU PSYCHIATRII

KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA  
STANOWISKA PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ

**PANIĄ Irenę Cieślak**

## **III. DYREKCJA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W CZĘSTOCHOWIE**

PRZEPROWADZIŁA W DNIU 10 LUTEGO 2011 ROKU  
KONKURS NA STANOWISKA PIELĘGNIAREK  
ODDZIAŁOWYCH.

KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA  
STANOWISK:

1. PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU  
OBSERWACYJNO-ZAKAŻNEGO  
**PANIĄ Agnieszkę Zasadzińską**

2. PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU  
ONKOLOGICZNEGO

**PANIĄ Marię Huras**

## **IV. DYREKCJA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W CZĘSTOCHOWIE**

PRZEPROWADZIŁA W DNIU 14 LUTEGO 2011 ROKU  
KONKURS NA STANOWISKO PIELĘGNIARKI  
ODDZIAŁOWEJ ORTOPEDII I CHIRURGII URZAZOWEJ

KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA  
STANOWISKA PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ

**PANIĄ Małgorzatę Zalewską**

## **V. DYREKCJA WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W CZĘSTOCHOWIE**

PRZEPROWADZIŁA W DNIU 18 LUTEGO 2011 ROKU  
KONKURS NA STANOWISKO PIELĘGNIARKI  
ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU OPIEKI PALIATYWNEJ  
KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA  
STANOWISKA PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ

**PANIĄ Ewę Skrońską**

## **VI. DYREKCJA SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBLIŃCU**

PRZEPROWADZIŁA W DNIU 23 LUTEGO 2011 ROKU  
KONKURS NA STANOWISKA PIELĘGNIAREK  
ODDZIAŁOWYCH.

KOMISJA KONKURSOWA WSKAZAŁA DO OBJĘCIA  
STANOWISK:

1. PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU  
ANESTEZJOLOGI  
I INTENSYWNEJ TERAPII

**PANIĄ Małgorzatę Krych**

2. PIELĘGNIARKI ODDZIAŁOWEJ ODDZIAŁU  
PEDIATRYCZNEGO

**PANIĄ Joannę Gawron**

**Gratulacje wraz z życzeniami pomyślności**

**i sukcesów zarówno w pracy zawodowej jak i w życiu osobistym z okazji wygrania konkursu  
składa Samorząd Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.**

## **GODZINY PRACY BIURA OPIiP**

Przewodnicząca OR	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 408
Sekretarz OR	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 409
Sekretariat	pn-pt 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 410
Biblioteka		
Ośrodek szkoleniowy	pn-śr 7 <sup>30</sup> -15 <sup>00</sup> , czw-pt 7 <sup>30</sup> -16 <sup>30</sup>	p. 407
Prawo wykonywania zawodu		
Kasa	pn-czw 8 <sup>00</sup> -15 <sup>00</sup>	p. 405
Skarbnik	wt i czw 15 <sup>00</sup> -19 <sup>00</sup>	p. 405
Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej	I i III środa miesiąca 15 <sup>00</sup> -17 <sup>00</sup>	p. 404
Księgowość	pn-pt 7 <sup>00</sup> -13 <sup>00</sup>	p. 406
Radca Prawny	pn 8 <sup>30</sup> -9 <sup>30</sup> i śr 14 <sup>00</sup> -16 <sup>00</sup>	p. 404
Spotkanie z prawnikiem należy umówić i potwierdzić telefonicznie.		

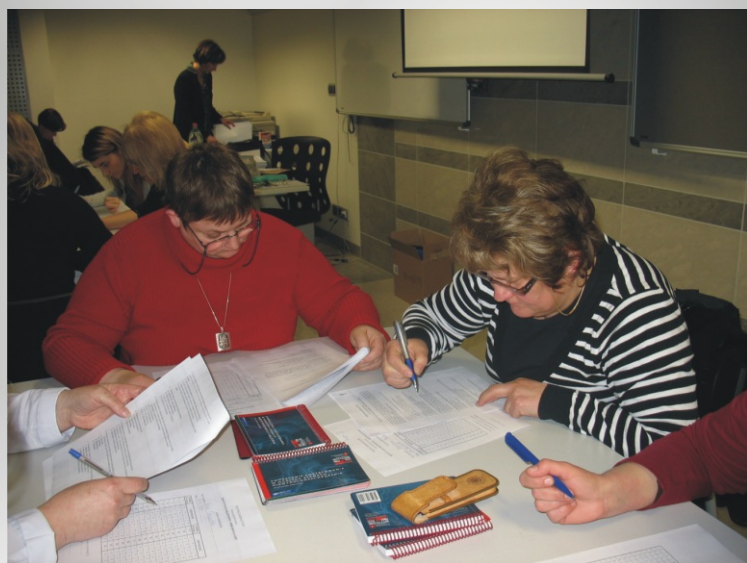
**OPIiP w każdą środę pełni dyżury do godz. 17<sup>00</sup>**



**Egzamin kursu specjalistycznego**

# **„Resuscytacja krążeniowo - oddechowa”**

**dnia 24 lutego 2011 roku.**





Kurs specjalistyczny

# „Szczepienia ochronne”

dnia 22 lutego 2011 roku.

