

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 2012r**

42-200 CZĘSTOCHOWA, UL. PUŁASKIEGO 25



## **DROGIE KOLEŻANKI I KOLEDZY!**

*Mija rok 2012 – nadchodzą święta **Bożego Narodzenia** i **Nowy 2013 rok**.*

*Podsumowując ten „Stary Rok” pragnę podziękować Wam wszystkim za duże zaangażowanie w działalność Samorządu, za ciężką pracę przy łóżku pacjenta oraz za godne reprezentowanie naszego zawodu.*

*To dzięki Wam zawód pielęgniarki i położnej jest postrzegany przez społeczeństwo jako zawód godny zaufania.*

*Wiele z Was stale podnosi swoje kwalifikacje, pogłębia wiedzę, uczestniczy w pracach Towarzystw Naukowych, uczciwie i sumiennie wykonuje swoje obowiązki dla dobra podopiecznych. **Dziękuję!***

***Boże Narodzenie** to czas wyjątkowy, czas pojednania, przebaczenia, umacniania więzi, siadania przy wspólnym stole wigilijnym i łamania się opłatkiem.*

*Atmosfera wieczoru wigilijnego skłania do zadumy nad cudem narodzin, istnienia i przemijania. Każdy z nas chciałby ten wieczór spędzić z bliskimi.*

*Niestety wykonując zawód pielęgniarki lub położnej nie zawsze nam się to udaje.*

*Na szczęście tylko niewielka grupa z Nas spędzi ten wieczór w pracy, wśród koleżanek, kolegów i podopiecznych.*

*Wigilia to niezwykły dzień w roku. Co prawda czeka nas trochę nerwowych przygotowań, biegania po sklepach, przygotowywania **12** potraw, ale jakże piękny jest efekt końcowy: **rodzina przy stole, opłatek, wspólne śpiewanie kolęd, kolorowa choinka, prezenty.***

***Niezapomniana i magiczna** jest chwila kiedy wschodzi pierwsza gwiazdka na niebie, kiedy zasiadamy przy stole nakrytym białym obrusem, kiedy łamiemy się opłatkiem i składamy sobie życzenia.*

*Z okazji nadchodzących Świąt Bożego Narodzenia w imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie **życzę Wam wszystkim** miłej, ciepłej i spokojnej atmosfery w gronie rodzinnym.*

***Życzę dużo radości, pasma sukcesów w życiu osobistym i zawodowym, dużo zdrowia i spełnienia marzeń.***

***Życzę również, aby święta Bożego Narodzenia były w Waszych domach bardzo uroczyste, pełne rodzinnego ciepła a nadchodzący Nowy Rok niech każdego dnia przynosi radość z realizacji najskrytszych marzeń.***

***Niech obfituje w przyjaźń, wyrozumiałość, miłość i serdeczność.***

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

## **W NUMERZE:**

Kalendarium

Informacje prawne

Konferencje

PTP

Prace dyplomowe

Informacje

### **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 34-324-51-12, 34-361-30-18  
503-008-946

#### **Ośrodek szkoleniowy:**

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

sekretariat@oipip.czest.pl

www.oipip.czest.pl

#### **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.

**KALENDARIUM**

Listopad-grudzień 2012 roku

**27.11.2012r.** Na zaproszenie Stowarzyszenia Pomocy Osobom z Zaburzeniami Psychicznymi i Ich Rodzinom „YAVA” oraz Urzędu Miasta Wydziału Zdrowia Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w Konferencji „SPOŁECZNY WYMIAR PSYCHIATRII” Konferencja odbyła się w Sali Sesyjnej Urzędu Miasta Częstochowy.

**27.11.2012r.** W siedzibie OIPIP w Częstochowie Firma Family Service "PELARGOS" przeprowadziła dla pielęgniarek i położnych wykłady nt: Szczepienia – dylematy rodziców w praktyce”, „Stany niepokoju u niemowląt i małych dzieci”. W szkoleniu udział wzięło 46 osób.

**3.12.2012r.** Przewodnicząca PRPiP w Częstochowie uczestniczyła w posiedzeniu Komisji Kształcenia przy NIPIP oraz w Posiedzeniu NRPIP w Jachrance.

**4-5.12.2012r.** W Jachrance odbyło się posiedzenie Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. W posiedzeniu uczestniczyła Przewodnicząca ORPiP.

**7.12.2012r.** Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie uczestniczyła w XXIX obradach zwyczajnej Sesji Rady Miasta Częstochowy.

**10.12.2012r.** W Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Lublińcu rozpoczęto kurs kwalifikacyjny „Pielęgniarstwo rodzinne dla pielęgniarek” organizowany przez Ośrodek Kształcenia przy OIPIP w Częstochowie.

**11.12.2012r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie.

**12.12.2012r.** W Śląskim Urzędzie Wojewódzkim w Katowicach odbyło się spotkanie pielęgniarek naczelnych oraz pielęgniarek oddziałowych z oddziałów położniczo-ginekologicznych i neonatologicznych. W spotkaniu udział wzięła Przewodnicząca ORPiP w Częstochowie.

**15.12.2012r.** Sekretarz ORPiP w Częstochowie na zaproszenie Rady Okręgowej Izby Aptekarskiej uczestniczyła w uroczystych obchodach XX - lecia Częstochowskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

**17.12.2012r.** W Sali Sesyjnej Urzędu Miasta Częstochowy zostało przeprowadzone postępowanie kwalifikacyjne szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie „Pielęgniarstwo geriatryczne” dla pielęgniarek, organizowanego przez Ośrodek Kształcenia przy OIPIP w Częstochowie.

**18.12.2012r.** Sekretarz ORPiP w Częstochowie na zaproszenie Ministerstwa Zdrowia-Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego uczestniczyła w regionalnej konferencji informacyjno-promocyjnej w ramach realizacji projektu systemowego Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej. Konferencja odbyła się w Katowicach

**19.12.2012r.** Przewodnicząca ORPiP uczestniczyła w spotkaniu wigilijnych z kadrą kierowniczą i pracownikami Stowarzyszenia Opieki Hospicyjnej Ziemi Często cno wskiej.

**19.12.2012r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

**19.12.2012r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Komisji ds. Pomocy w Trudnych Sytuacjach Losowych, pozytywnie rozpatrzono jeden złożony wniosek.

**19.12.2012r.** W siedzibie OIPIP odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie. ■

## Uchwały podjęte podczas posiedzenia Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie w dniu 21 listopada 2012 roku

- Przyznano refundację kosztów kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w kwocie:
  - 2,800.00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla czterech pielęgniarek za studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo,
  - 220,00 zł na dofinansowanie kosztów kształcenia dla dwóch pielęgniarek za kurs specjalistyczny.
- Nie przyznano refundacji kosztów kształcenia dla dwóch pielęgniarek z powodu niezgodności z regulaminem.
- Wpisano do rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie trzy pielęgniarki.
- Wykreślono z rejestru Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie dwie pielęgniarki.
- Przyznano pomoc finansową z Funduszu Ratowania Życia i Wypadków Losowych dla jednej pielęgniarki w kwocie 500,00 zł
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu dziewięciu pielęgniarkom i dwóm położnym wpisano adnotacje urzędową o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony.
- W zaświadczeniach o prawie wykonywania zawodu dwóm pielęgniarkom wpisano adnotacje urzędową o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu. ■

**Informacje prawne**

Przedruk: Dziennik Gazeta Prawna, 30 października 2012, nr 211

## Kontrakty w szpitalach pozbawiają prawa do pomostówek

**Świadczenia**

W ciągu roku gwałtownie wzrosła liczba medyków pracujących na kontraktach. Osoby, które decydują się na pracę na umowie cywilnoprawnej, tracą prawo do emerytur pomostowych.

– Coraz więcej pracowników szpitali i przychodni skarży się, że pracodawcy zmuszają ich do zmiany formy zatrudnienia. Zamiast umów o pracę są im podsuwane do zawarcia kontrakty. I to także wówczas, kiedy ich podpisanie oznacza utratę prawa do wcześniejszego zakończenia aktywności zawodowej – alarmuje Urszula Michalska, przewodnicząca Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej.

Potwierdzają to dane Państwowej Inspekcji Pracy (PIP). Okazuje się, że w III kwartale 2011 roku pracowników medycznych na kontraktach było 40,9 tys. Obecnie takich osób jest już 134,3 tys. osób. Dane te zostały zgromadzone przez PIP na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. nr 112, poz. 654 z późn. zm.). Ta instytucja bowiem monitoruje, ile osób wykonujących za-



wód medyczny pracuje na podstawie umów cywilnoprawnych, albo na podstawie praktyki zawodowej.

– To efekt tego, że pracodawcy oszczędzają na wszystkim. Zmieniając formę zatrudnienia, pozbywają się problemów związanych z ochroną pracownika wynikającą z kodeksu pracy. Nie mają także problemów z obowiązkiem płacenia dodatkowej składki na Fundusz Emerytur Pomostowych – wyjaśnia Andrzej Strębski, ekspert OPZZ ds. emerytalno-rentowych.

Zdaniem związkowców wiele osób z prawem do emerytury pomostowych godzi się na zmianę formy zatrudnienia, bo obawiają się utraty jedyne go źródła utrzymania.

– W najgorszej sytuacji są osoby mieszkające w małych miasteczkach, gdzie jest tylko jeden szpital lub przychodnia. I można tylko pracować tam albo wcale. Wtedy nikt się nie zastanawia, czy straci prawo do emerytury pomostowej – dodaje Andrzej Strębski.

Obecnie zgodnie z ustawą z 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych (Dz.U. nr 237, poz. 1656 z późn. zm.) prawo do wcześniejszego zakończenia pracy w szczególnym charakterze mają medycy zatrudnieni w pogotowiu (czyli członkowie zespołów ratownictwa medycznego). Także pięć lat przed powszechnym wiekiem emerytalnym odejść z pracy mogą również osoby pracujące w oddziałach psychiatrycznych oraz na oddziałach leczenia uzależnień, które mają bezpośredni kontakt z pacjentami. Takie same uprawnienia ma personel domów pomocy społecznej dla przewlekle chorych psychicznie, niepełnosprawnych intelektualnie dzieci, młodzieży lub dorosłych. Z możliwości skorzystania z emerytury pomostowych może także skorzystać lekarze i pielęgniarki pracujący w warunkach ostrego dyżuru.

– Jeszcze niedawno pracodawcy toczyli spór dotyczący definicji takiej pracy. Kiedy resort zdrowia wydał wyjaśnienie, że dotyczy to wyłącznie działań wykonywanych w trybie nagłym, to może się okazać ono niepotrzebne ze względu na zmiany zasad zatrudniania – twierdzi Urszula Michalska.

Prawo do emerytury pomostowej mają bowiem wyłącznie pracownicy zatrudnieni na podstawie umowy o pracę. Dodatkowo osoby te muszą udowodnić, że wykonują obowiązki wymienione w ustawie o emeryturach pomostowych na stałe i w pełnym wymiarze czasu pracy. Co więcej, osoby takie musiały przepracować w szczególnych warunkach co najmniej jeden dzień przed 1 stycznia 1999 r.

– Nie wiemy więc tak naprawdę, ile osób faktycznie skorzysta z takich świadczeń, skoro już teraz pracodawcy próbują ograniczyć liczbę uprawnionych – dodaje Andrzej Strębski.

### 2233,74 zł

przeciętna wysokość emerytury pomostowej

### 6,2 tys. osób

pobiera z ZUS emerytury pomostowe

BOŻENA WIKTOROWSKA  
bozena.wiktorowska@infor.pl

Przedruk: Gazeta Prawna, 16 listopada 2012, nr 223

## Spór powiatów i pielęgniarek o normy

### Ochrona zdrowia

Wprowadzenie minimalnych stanów zatrudnienia personelu spowoduje konieczność zwiększenia obsady na niektórych szpitalnych oddziałach nawet o 10–30 proc. To oznacza dodatkowe koszty, ale niekoniecznie zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów – ostrzegają samorządowcy.

Związek Powiatów Polskich (ZPP) negatywnie ocenił projekt rozporządzenia resortu zdrowia w sprawie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych. Do 20 listopada można zgłaszać do niego uwagi. Wczoraj swoje stanowisko ZPP przedstawił Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego. Projekt podobnie oceniają niektórzy dyrektorzy szpitali.

– Już dzisiaj w części placówek koszty płacy i pochodne od nich sięgają nawet 80 proc. kosztów ogółem. Nie są one w stanie bilansować swojej działalności, generując wielomilionowe długi – twierdzi Marek Wójcik, ekspert ds. ochrony zdrowia ZPP.

Dodaje, że podniesienie norm obsady pielęgniarskiej spowoduje, że zwiększą się jednostkowe koszty świadczonych usług. W efekcie przy stałych przychodach szpitali z NFZ grozi wręcz zmniejszenie liczby świadczeń dla pacjentów.

– A to oznacza jeszcze dłuższe kolejki do zabiegów czy badań – przekonuje ekspert związku.

Pielęgniarki i położne, które od dłuższego czasu domagają się wprowadzenia dla nich minimalnych norm zatrudnienia, zwłaszcza gdy coraz więcej szpitali działa w formie spółek, są oburzone zarzutami ZPP.

– Samorządy jako organy założycielskie podmiotów leczniczych niech się zdecydują, czy chodzi im o utrzymanie byle jakich placówek, czy zapewnienie usług pielęgniarskich na odpowiednim poziomie – argumentuje Grażyna Rogala-Pawelczyk, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych.

I dodaje, że przy starzejącym się społeczeństwie liczba osób korzystających z leczenia będzie w najbliższym czasie systematycznie rosła. Tym samym będzie potrzebnych więcej pielęgniarek i położnych. A tych w ciągu najbliższych 8 lat może ubywać nawet 60 tys.

Kontrowersyjny projekt zakłada, że dyrektor placówki ustali normy obsady, kierując się czasem niezbędnym do wykonania świadczeń pielęgniarskich bezpośrednich i całkowitych, liczbą pacjentów zakwalifikowanych do danej kategorii opieki (trzy grupy), czy w końcu średnim czasem dyspozycyjności pielęgniarki lub położnej w ciągu roku. Do tak ustalonych norm nie wlicza się kierowniczej kadry pielęgniarskiej i położniczej.

Nowe przepisy mają wejść w życie 1 stycznia 2013 r.

DOMINIKA SIKORA  
dominika.sikora@infor.pl  
Etap legislacyjny  
Konsultacje społeczne

## Konferencja „Społeczny wymiar psychiatrii”

27 listopada 2012

### PROSUM EGO CHARAKTERYSTYKA PROJEKTU „PROSUM EGO”

Rząd zdecydował o ustanowieniu Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, który będzie realizowany w latach 2011-2015. Będzie to pierwszy taki program poświęcony problematyce zdrowia psychicznego. Rozporządzenie weszło w życie w połowie lutego (**ROZPORZĄDZENIE RADY MINISTRÓW** z dnia 28 grudnia 2010 r. w sprawie **Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego** (Dz. U. z dnia 3 lutego 2011 r.) Na podstawie art. 2 ust. 6 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. Nr 111, poz. 535, z późn. zm.)

Jego zasadniczym celem będzie promocja zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym. Chodzi także o zapewnienie osobom z takimi zaburzeniami dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz innych form wsparcia i pomocy, które umożliwią im życie w rodzinie i społeczeństwie. W programie założono również rozwój badań naukowych i tworzenie systemu informacji koniecznych do skutecznego zapobiegania zaburzeniom psychicznym.

Każda społeczność wypracowuje także właściwe dla siebie systemy wsparcia uruchamiane w wypadku pojawienia się problemów społecznych lub wówczas, gdy jednostka lub grupa znajduje się w trudnej sytuacji życiowej, której przezwyciężenie wykracza poza ich własne środki, możliwości i uprawnienia. W sferze działań socjalnych celem głównym jest zatem dbałość o to, by jednostki i rodziny (zwłaszcza żyjące w trudnych warunkach) miały dostęp do systemu wsparcia społecznego i zasobów społecznych umożliwiających osiągnięcie potencjału koniecznego do samodzielnego funkcjonowania.

Wychodząc na przeciw tym potrzebom zamierzamy zrealizować projekt „PROSUM EGO” którego istotą jest szeroka informacja i propagowanie działań na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi. Realizowane działania będą nie tylko tożsame z **Narodowym Programem Ochrony Zdrowia Psychicznego**, ale będą spełniały oczekiwania i potrzeby społeczeństwa lokalnego. Korelacja działań na wielu płaszczyznach pozwoli na wypracowanie takiej formy, której rezultaty będą przyczyniać się do zorganizowania oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz z upośledzeniem umysłowym, wykorzystując potencjał dialogu społecznego na rzecz włączania społecznego tych osób i wyposażenia ich w kompetencje umożliwiające im pełnienie różnorodnych ról społecznych i osiągania pozycji społecznej dostępnych członkom społeczności, w której żyją osoby z zaburzeniami psychicznymi i z upośledzeniem umysłowym.

#### CELEM PROJEKTU „PROSUM EGO”

jest promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym poprzez:

1. Upowszechnianie wiedzy na temat zaburzeń psychicznych, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.
2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz przeciwdziałanie nietolerancji, wykluczeniu i dyskryminacji osób z problemami zdrowia psychicznego.

3. Informowanie o instytucjach, organizacjach działających i pomagających w kryzysach.

Zamierzamy kontynuować realizację programu w ramach istniejącej w Częstochowie „Sieci oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi” Sieć powstała w latach 2003-2009 w ramach Programu Ministerstwa Polityki Społecznej na rzecz wspierania osób z zaburzeniami psychicznymi. Ostatnio znowelizowano Ustawę o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z dnia 10 stycznia 2011). Stworzony moduł z zakresu pomocy społecznej w pełni zaspokoi ideę psychiatrii humanistycznej mówiącą o tym, że zadaniem opieki nad osobom chorą psychicznie i niepełnosprawną intelektualnie jest jak najdłuższe utrzymanie jej we własnym środowisku społecznym i zawodowym.

#### BENEFICJENCI

Osoby:

1. z orzeczonym stopniem niepełnosprawności – zaburzenia psychiczne
2. z orzeczonym stopniem niepełnosprawności – upośledzenie umysłowe
3. z orzeczonym stopniem niepełnosprawności w zakresie zaburzeń psychicznych oraz z niepełnosprawnością ruchową
4. opiekunowie oraz środowisko osób niepełnosprawnych
5. osoby pomagające i wspierające osoby z zaburzeniami psychicznymi i z upośledzeniem umysłowym

#### ZAKŁADANE CELE REALIZACJI ZADANIA PUBLICZNEGO ORAZ SPOSÓB REALIZACJI

Realizacja projektu „**PROSUM EGO**” jest uzasadnionym przedsięwzięciem, ponieważ: „rehabilitacja osób niepełnosprawnych oznacza zespół działań, w szczególności organizacyjnych, leczniczych, psychologicznych, technicznych, szkoleniowych, edukacyjnych i społecznych zmierzających do osiągnięcia, przy aktywnym udziale tych osób, możliwie najwyższego poziomu ich funkcjonowania, jakości życia i integracji społecznej”. (Dz.U. art. 7 z 27 sierpnia 1997r.). Wychodząc na przeciw tym potrzebom uzasadnionym jest realizacja projektu z której korzystałyby osoby z **zaburzeniami psychicznymi z terenu miasta Częstochowy, ale przy jednoczesnym kontynuowaniu programu „Metamorfoza”, który zapoczątkował organizację i funkcjonowanie sieci oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Częstochowie.**

W ramach projektu „PROSUM EGO” będą realizowane następujące cele:

1. Integracja osób z zaburzeniami psychicznymi, głównie poprzez wyposażenie ich w kompetencje umożliwiające pełnienie ról społecznych i osiąganie pozycji społecznej dostępnej osobom sprawnym, a także zmianę istniejących stereotypów dotyczącej oceny przydatności tych osób poprzez warsztaty rozwoju osobistego, **warsztaty artystyczne oraz warsztaty aktywności zawodowej.**
2. Tworzenie lokalnej siatki więzów międzyludzkich i ludzkiej solidarności – upowszechnienie informacji na temat osób z zaburzeniami psychicznymi i z upośledzeniem umysłowym.



3. **Budowanie sieci oparcia społecznego na rzecz osób z zaburzeniami psychicznymi zgodnie z rozpoczętym programem „Metamorfoza”,** który jest realizowany przy współpracy **Stowarzyszenia „Yava” od 2003 roku** na terenie miasta Częstochowy.
4. Przeciwdziałanie stygmatyzacji, nierówności i dyskryminacji, jakiej doświadczają osoby z zaburzeniami psychicznymi poprzez skorelowanie działań instytucji działających w tym obszarze – **organizacja konferencji, przeprowadzenie badań ankietowych.**
5. Opracowywanie i wdrażanie projektów, które uwzględniają promocję, profilaktykę, leczenie i rehabilitację – **opracowanie i wydanie informatora oraz stworzenie strony www.**

### PROJEKT "PROSUM EGO"

Stowarzyszenie „YAVA” pozyskało środki z Ministerstwa Pracy Polityki Społecznej w wyniku rozstrzygniętego konkursu na realizację projektu „PROSUM EGO”, którego celem jest promowanie zdrowia psychicznego i zapobieganie zaburzeniom psychicznym.

Projekt realizowany będzie poprzez:

1. Upowszechnianie wiedzy na temat zaburzeń psychicznych, kształtowanie zachowań i stylów życia korzystnych dla zdrowia psychicznego oraz rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu.
2. Zapobieganie zaburzeniom psychicznym oraz przeciwdziałanie nietolerancji, wykluczeniu i dyskryminacji osób z problemami zdrowia psychicznego.
3. Informowanie o instytucjach, organizacjach działających i pomagających w kryzysach.

Do udziału w projekcie „PROSUM EGO” zapraszamy osoby z zaburzeniami psychicznymi, z upośledzeniem umysłowym oraz otoczenie tych osób. Projekt „PROSUM EGO” jest kontynuacją programu „METAMORFOZA”, który zapoczątkował organizację i funkcjonowanie sieci oparcia społecznego dla osób z zaburzeniami psychicznymi w Częstochowie.

W ramach projektu, który będzie realizowany od 01.09.12 r. do 31.12.2012 r. będą organizowane warsztaty, konsultacje, poradnictwo, zostaną przeprowadzone badania ankietowe oraz wydany biuletyn. Całość zostanie podsumowana konferencją.

W realizację projektu zaangażował się m.in. :  
 - Urząd Miasta Częstochowy Wydział Zdrowia  
 - Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Częstochowie  
 - Centrum Zdrowia Psychicznego EgoMedica w Częstochowie

Osoby zainteresowane serdecznie zapraszamy do udziału w projekcie.

Informacji o projekcie udziela:  
 Monika Podgórska  
 tel. 34 3618056 lub 507053834



## Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Koło Liderów Pielęgniarstwa przy Mazowieckim Oddziale PTP serdecznie zapraszają do udziału w VIII Ogólnopolskim Konkursie

### „Pielęgniarka Roku 2012”

Celem Konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

#### Serdecznie zapraszamy do udziału w Konkursie

Liczymy na rozpropagowanie informacji we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej na terenie działania Oddziałów PTP.

Konkurs odbywać się będzie w trzech etapach według następującego harmonogramu;

- wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ - ach do **dn. 31.01.2013r.**
- eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP **dn. 01.03.2013r godz.12.00**
- III etap – prezentacja własna (szczegóły **Komunikat nr 2, strona [www.ptp.na1.pl](http://www.ptp.na1.pl)**)

Dodatkowe informacje:

Jadwiga Zielińska  
 tel. 22 326 55 21  
 kom. 511 451 292  
 e-mail: [jagoda\\_zielinska@wp.pl](mailto:jagoda_zielinska@wp.pl)

W załączeniu:

Regulamin Konkursu  
 Karta Zgłoszenia Uczestnictwa Konkursu

### Regulamin VI Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2012”

1. Uczestnictwo w Konkursie jest dobrowolne. Mogą w nim wziąć udział pielęgniarki zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Do Konkursu mogą przystępować osoby biorące udział w poprzedniej edycji Konkursu oraz jego laureaci.
3. Konkurs przeznaczony jest dla pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem z wyłączeniem kadry kierowniczej – dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek

## KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA KONKURSU

## „PIEŁĘGNIARKA ROKU 2012”

1. Imię i nazwisko .....

2. Data urodzenia .....

3. Adres zamieszkania.....

.....

4. Telefony kontaktowe:.....

5. Adres e-mail:.....

6. Miejsce pracy .....

.....

7. Stanowisko .....

8. Staż pracy w zawodzie .....

9. Przynależność do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

Tak \* od kiedy .....

Nie\*

10. Działalność na rzecz pielęgniarstwa {przynależność do towarzystw naukowych, sekcji zawodowych, czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych, itp.} z wyłączeniem obowiązkowej przynależności do samorządu pielęgniarskiego.

Tak\* jaka .....

.....

.....

.....

Nie\*

\* odpowiedź zaznacz krzyżykiem

.....  
(podpis i pieczęć przełożonego).....  
(podpis kandydata)

## OŚWIADCZENIE

**Oświadczam, że wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody\*** na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych przez organizatorów konkursu pod nazwą „Pielęgniarka Roku 2012” **i tylko na cele w/w konkursu** (zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych - Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami).

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(miejscowość, data).....  
(podpis kandydata)



## Kącik edukacyjny!

### Szanowne Koleżanki i Koledzy!

Rozpoczynamy publikację kącika sprawdzającego naszą wiedzę z zakresu pielęgniarstwa i położnictwa. W każdym numerze Biuletynu Informacyjnego będziemy zamieszczać 10 pytań z różnych dziedzin pielęgniarstwa. Uwaga! Tylko jedna odpowiedź jest poprawna.

### Życzymy powodzenia w rozwiązywaniu zadań i udzielaniu odpowiedzi.

#### Zadanie 1.

Osoby pozostające pod wpływem silnych emocji, mogą zniekształcać postrzeganą rzeczywistość. Które z podanych zaburzeń percepcji występuje, kiedy każda ze stron konfliktu dostrzega u przeciwnej wszystkie negatywne czyny, nie widząc tego samego u siebie?

- A. lustrzane odbicie,
- B. żdźbła i belki,
- C. podwójne normy,
- D. biegunowe myślenie.

#### Zadanie 2.

Ton głosu zaliczamy do komunikatów:

- A. werbalnych,
- B. niewerbalnych,
- C. otwartych,
- D. zamkniętych.

#### Zadanie 3.

Moduł to część programu nauczania, zawierający w sobie:

- A. wiedze i umiejętności z różnych dziedzin,
- B. odrębne programy dla poszczególnych przedmiotów nauczania,
- C. normy postępowania dydaktycznego,
- D. kształcenie multimedialne,

#### Zadanie 4.

Zastosowanie w kształceniu pielęgniarek środków częściowo automatyzujących proces kształcenia takich jak fantomy, symulatory i modele sprzyja:

- A. nabyciu wprawy w wykonywaniu określonych czynności bez konieczności wielokrotnych powtórzeń i zadawania bólu osobie, która jest „pacjentem”,
- B. wyłącznie zapoznaniu się przez uczących z wysokiej klasy medycznym sprzętem technicznym oraz zwadami jego działania,
- C. uatrakcyjnieniu zajęć, budzeniu zainteresowania osiągnięciami w dziedzinie techniki medycznej i funkcjami tych urządzeń.
- D. zmniejszeniu znaczenia odbioru treści kształcenia od prowadzącego zajęcia na korzyść obserwacji funkcjonowania skomplikowanego sprzętu.

#### Zadanie 5.

Która z niżej wymienionych grup społecznych nie jest grupą formalną?

- A. rodzina,
- B. związek emerytów i rencistów,
- C. partia polityczna,
- D. grupa koleżeńska.

#### Zadanie 8.

W modelu rehabilitacyjnym opieki szpitalnej działania pracowników medycznych skupiają się na:

- A. diagnozowaniu, leczeniu i pielęgnowaniu pacjentów,
- B. edukowaniu rodziny,
- C. edukowaniu pacjentów,
- D. zachęcaniu chorego do aktywności i współpracy z osobami sprawującymi opiekę, w celu umożliwienia maksymalnej dla pacjenta sprawności i samodzielności,

#### Zadanie 7.

Pobrania komórek, tkanek i narządów ze zwłok ludzkich można dokonać, jeśli:

- A. rodzina zmarłego nie jest znana,
- B. osoba zmarła nie wyraziła sprzeciwu za życia,
- C. komisja złożona z trzech lekarzy ogólnych wyraziła zgodę,
- D. lekarze biorący udział w transplantacji nie wyrazili sprzeciwu.

#### Zadanie 8.

Wśród klasycznych funkcji zarządzania wymienia się taką funkcję, która oznacza porównywanie stanu osiągniętego z modelem, wzorcem zamierzonym w działaniu, a także obserwowanie postępów organizacji w realizacji celów. Jest to:

- A. planowanie,
- B. organizowanie,
- C. kierowanie ludźmi,
- D. konkurencyjność.

#### Zadanie 9.

Który z wymienionych powodów przekonuje o rosnącej potrzebie elastyczności w zarządzaniu zasobami ludzkimi?

- A. zwiększoną podaż pracowników na rynku pracy,
- B. zmniejszoną podaż pracowników na rynku pracy,
- C. narastające wyspecjalizowanie instytucji,
- D. konkurencyjność.

#### Zadanie 10.

Budżet globalny zakładu ochrony zdrowia to:

- A. budżet na sfinansowanie wszystkich usług zdrowotnych dostarczanych przez dany zakład ochrony zdrowia,
- B. proces polegający na projektowaniu i wdrażaniu działań, które kształtują system finansowy w zakładzie ochrony zdrowia,
- C. plan finansowy zakładu ochrony zdrowia określający wszystkie wydatki w ciągu roku,
- D. całkowity zysk do podziału z wykonywanych usług zdrowotnych w zakładzie ochrony zdrowia.



## CHOROBY TARCZYCY A CIAŻA

Narząd tarczycowy jest gruczołem wydzielania wewnętrznego, którego prawidłowe jego funkcjonowanie odpowiada za praktycznie wszystkie najważniejsze funkcje naszego organizmu niezbędne do życia. Można powiedzieć, że nie ma narządu, którego funkcja nie zależałaby od prawidłowej funkcji tarczycy. Hormony tarczycy decydują o prawidłowym wzroście zarodka i później płodu, o rozwoju ośrodkowego układu nerwowego, o rozwoju mózgu, mają ogromny wpływ na rozwój serca, wpływają na metabolizm i gospodarkę wapniowo-fosforową. Dlatego jeżeli tych hormonów jest za mało mówimy o niedoczynności tarczycy a jeżeli za dużo o nadczynności tarczycy. Oba te stany nieleczone są zagrożeniem dla życia.

Choroby tarczycy są częste, szacuje się, że około 5 na 1000 kobiet choruje na nadczynność tarczycy, natomiast 3 na 1000 na niedoczynność tego gruczołu. Wiadomo, że choroby tarczycy częściej dotyczą kobiet niż mężczyzn, dlatego należy się spodziewać, że zachorują na nie kobiety ciężarne.

Na przebieg ciąży najważniejszy wpływ mają dwa hormony progesteron i estrogen. Jednak niezwykle ważne są hormony produkowane przez tarczycę czyli trójiodotyronina i tyroksyna, odpowiadające za przemianę materii we wszystkich narządach całego organizmu. Zaburzenia spowodowane przez nieprawidłowe funkcjonowanie tego gruczołu negatywnie wpływa na zdrowie przyszłej matki a także na płód.

Bardzo niekorzystne skutki dla przebiegu ciąży i rozwoju płodu ma niedoczynność tarczycy jak i nadczynność. Obydwa zaburzenia funkcji tego narządu mogą powodować zwiększone ryzyko poronień samoistnych, stanu przedrzucawkowego, który zagraża życiu matce i dziecku. Niedoczynność powinna być odpowiednio wyrównana jeszcze przed zajściem w ciążę, a prawidłowa czynność tarczycy utrzymana przez cały okres ciąży.

**NIEDOCZYNNOŚĆ TARCZYCY** (łac. Hypothyreosis) to zespół objawów klinicznych wywołanych niedoborem T4 i wynikających z tego niedostatecznym działaniem T3 w komórkach ustroju, prowadzących do uogólnionego spowolnienia procesów metabolicznych.

Niedoczynność tarczycy występuje pięć razy częściej u kobiet niż u mężczyzn, stwierdza się ją u 1-6% osób do 60 roku życia, a częstość choroby zwiększa się z wiekiem.

Ze względu na lokalizację uszkodzenia prowadzącego do niedostatecznej syntezy i wydzielania HT rozróżnia się następujące postacie niedoczynności tarczycy:

- pierwotną – spowodowaną uszkodzeniem gruczołu tarczycowego;
- wtórną – w następstwie niedoboru bądź braku wydzielania TSH wskutek uszkodzenia przysadki;
- trzeciorzędową – spowodowaną brakiem lub niedostatecznym działaniem podwzgórzowej tyreoliberyny (TRH).

**NIEDOCZYNNOŚĆ TARCZYCY W CIAŻY.** Ciąża u kobiet z niedoczynnością tarczycy najczęściej dotyczy kobiet z wtórną niedoczynnością tego gruczołu. Badania epidemiologiczne wykazują, że występuje ona od 0,3 – 2,5% wszystkich ciąż. Niedoczynność tarczycy u ciężarnych jest najczęściej niedoczynnością tarczycy – pochodną powstałą na skutek uszkodzenia gruczołu w przebiegu choroby Hashimoto

(przewlekłe zapalenie tarczycy z produkcją przeciwciał przeciwko peroksydazie i tyreoglobulinie). Pozostała grupa kobiet to kobiety, u których dokonano zabiegu usunięcia tarczycy (rak, wole), radioaktywnej ablacji tego gruczołu w przebiegu jego nadczynności oraz przyjmujące leki wpływające negatywnie na jej funkcję np. lit, tioamidy. Warto podkreślić, że w perspektywie światowej nadal główną przyczyną niedoczynności tarczycy to brak jodu w pożywieniu.

Leczenie niedoczynności tarczycy w ciąży ma prowadzić do wyrównania zachwianych wyników badań laboratoryjnych oraz do stanu eutyrozy klinicznej. Ciężarne powinny otrzymywać pełną dawkę leku, która zapewniłaby poprawę stanu klinicznego. Zapotrzebowanie na leki najczęściej nie zmienia się (obrót metaboliczny T3 i T4 pozostaje w ciąży niezmienny). Leczenie niedoczynności tarczycy w ciąży polega na suplementacji hormonalnej syntetyczną L-tyroksyną w dawce 0,1 – 0,2 mg/dobę. Kontrolę skuteczności prowadzi się przez oznaczenie poziomu TSH, które normalizuje się po kilku tygodniach substytucji i wymaga co 4-6 tygodniowych kontrolnych oznaczeń w dalszym przebiegu ciąży. U kobiet leczonych przed zajściem w ciążę w trakcie jej trwania może pojawić się potrzeba zwiększenia dawki zwłaszcza w pierwszym trymestrze ciąży.

Prawidłowa terapia niedoczynności tarczycy nabiera szczególnego znaczenia w zakresie badań obejmujących wyniki testów psychomotorycznych i służących ocenie IQ dzieci urodzonych przez matki ze stwierdzonym niedoborem hormonów tarczycy w czasie ciąży. Wykazały one, że wśród potomstwa kobiet niestosujących suplementacji hormonalnej, obserwuje się niższe średnie wyniki IQ, czego nie zaobserwowano w grupie kobiet poddanych terapii. Aktualnie uważa się, że upośledzenie funkcji poznawczych i obniżenie poziomu IQ u potomstwa może mieć miejsce nawet przy umiarkowanej bezobjawowej niedoczynności tarczycy ciężarnych. Amerykańskie Towarzystwo Klinicznej Endokrynologii zaleca wykonanie przesiewowego pomiaru TSH u kobiet przed zajściem w ciążę lub na początku jej trwania.

### Postępowanie

1. Przed ciążą
  - Rozpoznanie choroby w kontekście płodności lub zaburzeń miesiączkowania
  - Zajście w ciążę w sposób kontrolowany w stanie eutyrozy
2. Podczas ciąży
  - Kontynuacja leczenia suplementacyjnego preparatami tarczycy w normalnej dawce lub rozważenie jej zwiększenia średnio o 30%
  - Badanie położnicze typowe, kontrola tyreologiczna (badania laboratoryjne) co 2-3 miesiące, ze szczególnym uwzględnieniem ewentualnych objawów obrzęku śluzakowatego.
3. Podczas porodu: w stanie eutyrozy – poród drogami natury bez szczególnych środków ostrożności
4. Podczas porodu: obserwacja w kierunku zaostrzenia objawów.

**NADOCZYNNOŚĆ TARCZYCY** (łac. Hyperthyreosis) – to zwiększenie wydzielania HT przekraczające aktualne zapotrzebowanie tkankowe; może być jawna lub utajona.

Zmniejszone stężenie TSH wskazuje na pierwotną (tarczycową) przyczynę nadczynności a zwiększone na wtórną.

Jawna nadczynność tarczycy jest zespołem objawów wywołanych przez HT obecnych w nadmiarze i łączy się ze zwiększeniem stężeń wolnych w surowicy ponad górną granicę normy.

Subkliniczna (utajona, mało objawowa) nadczynność tarczycy jest bezobjawowa lub wywołuje dyskretne objawy, stężenia wolnych HT w surowicy są jeszcze prawidłowe a jedynym sygnałem ich nadmiaru jest zmniejszenie stężenia TSH.

Tyreotoksykoza oznacza nadmiar HT – niezależnie od ich źródła wywołujący objawy kliniczne, obejmuje zatem jawną nadczynność tarczycy oraz te przypadki, w których HT są wytwarzane poza tarczycą (wole jajnikowe) lub pochodzą z zewnątrz (przedawkowanie egzogennych HT).

Nie każda nadczynność tarczycy jest tyreotoksykozą i nie każda tyreotoksykoza wynika z nadmiernej czynności tarczycy. Mimo formalnego rozróżnienia obu tych pojęć, w polskim piśmiennictwie używa się tych pojęć zamiennie.

**NADCZYNNOŚĆ TARCZYCY W CIĄŻY** występuje u jednej na 500 ciężarnych. U większości nadczynność występuje na tle choroby Gravesa i Basedowa, choroby autoimmunologicznej, rzadziej stwierdza się inne przyczyny, takie jak niepowściągliwe wymioty ciężarnych, wole wieloguzkowe toksyczne, toksyczny gruczolak, podostre zapalenie tarczycy. Często stwierdza się obciążony wywiad rodzinny. Objawy kliniczne choroby ulegają nasileniu zwłaszcza w pierwszym trymestrze ciąży oraz w okresie połogu.

Diagnostyka różnicowania nadczynności tarczycy w ciąży

1. choroba tarczycy: choroba Gravesa – Basedowa, gruczolak nadczynny, wole guzkowe nadczynne, podostre zapalenie tarczycy, limfocytarne zapalenie tarczycy
2. jatrogena nadczynność tarczycy spowodowana działaniem HCG:
  - a. przejściowa tyreotoksykoza (GTT – gestational transient thyrotoxicosis). Występuje pomiędzy 8 – 14 tygodniem ciąży w około 2,4% przypadków. Tarczyca nie jest powiększona a schorzenie zwykle nie wymaga leczenia ze względu na swój okresowy charakter
  - b. niepowściągliwe wymioty ciężarnych (HG – hyperemesis gravidarum). W schorzeniu obserwuje się podwyższony poziom FT4 lub/i obniżenie stężenie TSH.

Mimo faktu, że całkowite stężenie HCG nie jest podwyższone, występuje zwiększona ilość protyreotropowej frakcji hormonu

- c. ciążowa choroba trofoblastyczna (GTD – gestational trophoblastic disease). Do nadczynności tarczycy dochodzi wskutek zwiększonej produkcji HCG wiążącej się z receptorem dla TSH. Nadczynność tarczycy występuje u około 50 % kobiet z GTD. Brak właściwej terapii schorzenia doprowadza do istotnego wzrostu powikłań występujących zarówno u matki, jak i płodu.

Kliniczne podejrzenie nadczynności tarczycy nie zawsze jest oczywiste, ponieważ takie objawy jak tachykardia, wzmożone pocenie, duszność i nerwowość, a także słyszalny szmer skurczowy nad sercem stwierdza się również w prawidłowej ciąży. Rozpoznanie zawsze powinno być potwierdzone oznaczeniem stężenia hormonów tarczycowych we krwi. Należy zaznaczyć, że stężenie tyroksyny w osoczu (zarówno całkowitej jak i wolnej) znacznie zmienia się podczas ciąży. Prawidłowo wydzielanie TSH ulega supresji w przypadku nadczynności tarczycy, ale we wczesnej ciąży (ok. 9 – 12 tyg) supresję taką wywołuje HCG. Mogą ją również powodować stany nieswoiste, takie jak wymioty czy ciążą wielopłodową. Może to utrudniać różnicowanie nadczynności tarczycy na tle choroby Gravesa i Basedowa z tyreotoksykozą ciążową spowodowaną niepowściągliwymi wymiotami ciężarnych.

Rozpoznanie choroby Gravesa i Basedowa można potwierdzić, wykrywając przeciwciała przeciwko receptorom TSH, które są także przydatnym markerem w monitorowaniu efektów leczenia.

Poród w przebiegu nadczynności tarczycy nie wymaga szczególnego prowadzenia. Jeśli stan czynnościowy gruczołu nie jest wyrównany, wzrasta jednak ryzyko wystąpienia przełomu tarczycowego.

Noworodek. U około 1% noworodków urodzonych przez kobiety z chorobą Gravesa-Basedowa występują objawy nadczynności tarczycy na skutek przezłożyskowego pasażu przeciwciał stymulujących receptor dla TSH. Głównym czynnikiem ryzyka choroby jest wysokie miano przeciwciał obserwowane w III trymestrze ciąży. Objawy kliniczne występują zazwyczaj w 7 -10 dobie życia, są to: zmniejszony przyrost masy ciała, wymioty, wytrzeszcz, arytmia, hepatosplenomegalia. Przyjmowanie leków przeciwtarczycowych w 25% przypadków jest odpowiedzialne za rozwój przej-

## Konsekwencje niedoczynności tarczycy dla matki i płodu

MATCZYNE	PŁODOWE
Poronienia	Niska masa urodzeniowa
Nadciśnienie w ciąży	Ryzyko śmierci wewnątrzmacicznej płodu
Niedokrwistość	Wzrost śmiertelności okołoporodowej
Przedwczesne oddzielenie łożyska	Przejściowa niedoczynność tarczycy
Krwotok poporodowy	Upośledzenie funkcji poznawczych i obniżenie IQ u dzieci



ściowej niedoczynności tarczycy noworodków, która zanika w około 5 dobie życia.

#### Postępowanie:

1. Podczas ciąży:
  - Leczenie pochodnymi tiomocznika (najbardziej zalecane PTU) w najmniejszej dawce zapewniającej eutyreozę
  - Kontrola kliniczna i laboratoryjna czynności tarczycy co miesiąc
  - Rozważenie zmniejszenie dawki leku po I trymestrze ciąży i ewentualne zaprzestanie farmakoterapii w III trymestrze ciąży
  - Badanie USG – ocena wielkości płodu oraz obserwacja tarczycy płodu – wole
2. Podczas porodu:
  - Przy wyrównanej czynności tarczycy poród drogami natury
  - Obserwacja w kierunku przełomu tarczycowego
3. Po porodzie:
  - Obserwacja zaostrzenia objawów choroby, szczególnie w przypadku Gravesa-Basedowa
  - Analiza zapotrzebowania na leki tyreostatyczne w zależności od objawów klinicznych i hormonalnych
  - Ocena płodu pod kątem niedoczynności tarczycy.

#### PODSUMOWANIE

Choroby tarczycy u kobiet mogą prowadzić do poronień, przedwczesnych porodów oraz wad rozwojowych u dzieci. Dlatego każda kobieta planująca ciążę lub będąca w ciąży powinna wykonać badania określające czynność tarczycy czyli: badanie fizykalne i USG tarczycy, ocenę stężenia tyreotropiny (TSH), tj. hormonu przysadkowego, który pobudza wydzielanie hormonów tarczycy, stężenie trójiodotyroniny (FT3) i tyroksyny (FT4) oraz przeciwciał przeciwko tyreoperoksydazie (anty-TPO), których poziom rośnie w chorobach Hashimoto.

Nadczynność tarczycy w przebiegu ciąży, najczęściej spowodowana jest chorobą Gravesa i Basedowa, nie zdarza się

często, a terapia lekami przeciwarczycowymi daje dobre efekty, jeśli pacjentka stosuje się do zaleceń lekarskich. Niewłaściwa terapia lub jej brak może doprowadzić do wzrostu powikłań u matki jak i płodu.

Niedoczynność tarczycy występuje co najmniej u 2,5% ciężarnych i w większości przypadków jej przyczyną jest autoimmunologiczna choroba tarczycy. Często przebiega w postaci subklinicznej i jedyną możliwością jej wykrycia są programy badań przesiewowych. Istnieją dowody, że na terenach ubogich w jod, jak i tych o odpowiedniej zawartości tego pierwiastka, małe stężenia hormonów tarczycy u matki stwierdzone na początku ciąży wiążą się z rozwojem intelektualnym u dziecka.

W I trymestrze ciąży tarczycza kobiet zwiększa produkcję hormonów o 30% a w II i III trymestrze nawet o 50%. W ciąży zapotrzebowanie na jod dwukrotnie się zwiększa. Normalnie do produkcji hormonów tarczycy potrzeba około 150 mikrogramów jodu. Aby mogła sprostać tym zadaniom, kobiety w ciąży powinny, zgodnie z zaleceniem Światowej Organizacji Zdrowia zwiększyć dzienną dawkę spożywanego jodu do 250 mikrogramów. Jest to bardzo ważne, dlatego kobiety powinny być uświadamiane, ponieważ wiedzę na temat tego małego narządu posiadają kobiety, których ten problem dotyczy. Natomiast kobiety mające problem z zajściem w ciążę, nie przypuszczają iż może mieć to związek z nieprawidłowym funkcjonowaniem tarczycy.

Schorzenia tarczycy w ciąży muszą być bezwzględnie leczone, najkorzystniejsze byłoby, gdyby każda kobieta planująca ciążę mogła dokonać badań przesiewowych oraz stosować suplementację w jod przed planowaną ciążą, ponieważ prawidłowe działanie tarczycy jest uzależnione od odpowiedniego poziomu jodu w organizmie. Z tego względu w zapobieganiu chorobom tarczycy bardzo istotną rolę odgrywa dieta bogata w jod. Niedobory jodu oraz zaburzenia w pracy tarczycy mogą bardzo negatywnie wpływać na przebieg ciąży i przyczyniać się do opóźnienia rozwoju umysłowego dziecka a także być przyczyną nadpobudliwości psychoruchowej. ■

SZLACHCIC AGNIESZKA

## Konsekwencje nadczynności tarczycy dla matki i płodu

MATCZYNE	PŁODOWE
Poronienia	Niska masa urodzeniowa: wcześniactwo
Nadciśnienie w ciąży	Hipotrofia płodu
Poród przedwczesny	Wole
Przedwczesne oddzielenie łożyska	Wrodzona nadczynność tarczycy
Zastoinowa niewydolność serca	Wrodzona niedoczynność tarczycy
Przełom tarczycowy	Zwiększone ryzyko śmierci wewnątrzmacicznej płodu

## ZESPOŁY BÓLOWE KRĘGOSŁUPA

Kręgosłup stanowi oś i podporę ludzkiego ciała, składa się z 33 kości, zwanych kręgami. Kręgi, mimo pewnych różnic w budowie, są do siebie podobne.

Pomiędzy kręgami znajdują się krążki międzykręgowe. Część obwodowa krążka zbudowana jest z bardzo wytrzymałej tkanki włóknistej i nosi nazwę pierścienia włóknistego. Część środkową stanowi miękka tkanka, zwana jądrem miażdżystym. Krążki umożliwiają zgięcie, wyprost oraz ruchy boczne tułowia. Amortyzują także wszelkie wstrząsy, na jakie narażony jest kręgosłup.

System więzadeł i mięśni przebiegających wzdłuż kręgosłupa zbliża do siebie kręgi, natomiast dysk spełniający rolę elastycznej poduszki stara się rozepchnąć trzony kręgowe. Taki układ stwarza stabilne połączenie elementów kręgosłupa i umożliwia ruch we wszystkich płaszczyznach.

Zadaniem całej tej konstrukcji jest ochrona rdzenia kręgowego oraz podpora ciała. Jakże często jednak okazuje się, że któraś z funkcji ulega zaburzeniu. Często jednym z pierwszych, zauważanych przez pacjenta objawów jest pojawiający się ból.

Kręgosłup, po przyjęciu przez człowieka postawy pionowej, stale poddawany jest działaniu znacznych sił, do których nie był przystosowany, kiedy poruszał się na 4 kończynach. Na drodze ewolucji wykształciły się krzyżowiny i dokonały zmiany w giętkości kręgosłupa. Kręgosłup jest szczególnym narządem ruchu mieszczącym w swoim kanale rdzeń kręgowy, otoczony 3 oponami mózgowymi i przestrzenią nadoponową, pomiędzy którymi krąży płyn mózgowo-rdzeniowy. Z rdzenia kręgowego wychodzą korzenie nerwowe. Na swojej drodze przechodzą one razem z naczyniami krwionośnymi i limfatycznymi przez kanał międzykręgowy utworzony głównie przez „pochewkę” opony twardej i tkankę tłuszczową.

Sam kręgosłup to 33 lub 34 kręgi, połączone na przedniej ścianie stawami, zbudowanymi z trzonów kręgowych i krążków międzykręgowych, zespolonych ze sobą za pomocą więzadeł podłużnych przedniego i tylnego, a także w stawach międzywrostkowych między powierzchniami talerzy kości biodrowych. Stawy te charakteryzuje duża ściślność i mały zakres ruchu, który tutaj dokonuje się charakterystycznie – przez przemieszczenie się jądra miażdżystego krążka międzykręgowego w kierunku przeciwnym do kierunku ruchu. Stawy kręgosłupa posiadają rozbudowany aparat stabilizujący (więzadła, ścięgna, mięśnie, torebki stawowe).

Każda z wyżej wymienionych struktur ulega z wiekiem zmianom zwyrodnieniowym, czasem zmianom zapalnym lub zmianom zwyrodnieniowo-zapalnym, może być punktem wyjścia zmian nowotworowych lub ulegać urazom. Wszystkie te powyższe procesy prowadzą do powiększenia uszkodzonych struktur, bądź przez obrzęk zapalny, bądź przez krwiaki czy przemieszczenia kostne w następstwie urazów. Również zapalenie naczyń i splotów naczyniowych, krwiaki lub zrosty w przestrzeni nadoponowej prowadzą do zaburzeń w przepływie płynu mózgowo-rdzeniowego. Powoduje to ucisk na korzenie nerwowe i sam rdzeń kręgowy, drażnią receptory bólowe w aparacie stabilizującym kręgosłup i wywołują w efekcie odruchowy przykurcz, ograniczenie ruchomości kręgosłupa, uszkodzenie korzeni nerwowych, a w skrajnych przypadkach uszkodzenia rdzenia. Zespoły uciskowe z uszko-

dzeniem korzeni nerwowych lub tylko z zespołem bólowym, charakterystycznym dla uszkodzenia stawu przedniego, określa się mianem ciasnoty kanału międzykręgowego (dla podkreślenia, że ucisk dokonuje się w otworze i kanale międzykręgowym). Rzadziej występujące zespoły uszkodzenia rdzenia kręgowego określa się mianem ciasnoty kanału kręgowego.

Zespół bólowy kręgosłupa może być spowodowany różnymi przyczynami:

- przepukliną jądra miażdżystego;
- zmianami pourazowymi i zwyrodnieniowymi stawów kręgosłupa;
- złamaniami;
- urazami więzadeł i mięśni;
- wadami wrodzonymi kręgosłupa;
- procesami zapalnymi;
- chorobami metabolicznymi;
- fibromialgią;
- nowotworami (pierwotnymi i przerzutowymi);
- bólami o nieznanej przyczynie

W zależności od wieku zachorowania (pierwszego ataku) możemy je uszeregować następująco:

Młody wiek: wrodzona cieśń lędźwiowa, białaczki, krwotoki do centralnego systemu nerwowego (w stanach obniżonej krzepliwości krwi i przy skazach krwotocznych), kręgoszczelina (u sportowców i osób wykonujących specyficzne zawody związane z dźwiganiem ciężarów na plecach), młodzieńcze zapalenie stawów.

Średni wiek (30-50lat): przede wszystkim przepuklina jądra miażdżystego (z/bez osłabienia aparatu stabilizacyjnego kręgosłupa), zapalne choroby kręgosłupa, układowe zapalenia naczyń.

Starszy wiek: zapalenia miejscowe (spowodowane zmianami zwyrodnieniowymi stawów- osteoarthritis), choroba Pageta kości, przerzuty nowotworowe, nowotwory szpiku, bóle w chorobach metabolicznych kości (osteoporoza, osteomalacja, nadczynność przytarczyc, leczenie heparyną), złamania trzonów kręgowych i centralne przepukliny krążka międzykręgowego w osteoporozie.

Ból pochodzenia kręgowego, poza uszkodzeniem lub bezpośrednim uciskiem, może być także efektem wzrostu ciśnienia płynu mózgowo rdzeniowego (np. krwotok do przestrzeni nadtwardówkowej) i zrostów między oponą twardą a więzadłem podłużnym tylnym.

Czynniki ryzyka wystąpienia zespołu bólowego kręgosłupa możemy podzielić na kilka grup: związane z wiekiem i budową ciała (wysoki wzrost u kobiet powyżej 170cm, u mężczyzn powyżej 180cm, otyłość, wiek 40-59 lat, niewydolność mięśni brzucha i pasa miednicznego), związane z trybem życia (długotrwałe prowadzenie samochodu, uprawianie pewnych rodzajów sportów-częstsze urazy), związane z aktywnością zawodową (ciężka praca fizyczna, długotrwałe pozostawanie w wymuszonej pozycji, często powtarzane ruchy zginania lub/i rotacji, narażenie na wibracje) i czynniki psychologiczne (zaburzenia osobowości pod postacią hipochondrii, skłonności do

depresji, hysterii, stany reaktywne jako ucieczka w chorobę).

Charakterystyka bólów kręgosłupa różni się, w zależności od tego, czy mamy do czynienia z uszkodzeniem przedniego stawu (ból dyskogeny) czy z uszkodzeniem stawów tylnych (międzywyrostkowych). W pierwszym wypadku ból jest długotrwały, z epizodami silnych zaostrzeń, nasilający się podczas kaszlu, kichania, podczas skrętu w przodopochyleniu, promieniujący do kończyn (czasem nawet do czubków palców), ustępujący lub zmniejszający się po wypoczynku w łóżku. Ból związany ze stawami tylnymi ma ostry początek i przebieg z kilkudniowymi okresami bezbólowymi, promieniowanie bólu jest ograniczone do najbliższej okolicy, nasila się w czasie przeprostowania i w drugiej połowie nocy.

Diagnozę zespołów bólowych stawia się na podstawie badania lekarskiego, które powinno rozstrzygnąć czy ból jest pochodzenia organicznego, czy powstaje w następstwie schorzeń kręgosłupa lub narządów wewnętrznych, chorób rdzenia kręgowego (somatyczny zespół bólowy) czy wreszcie cierpienie jest następstwem pewnych zaburzeń na tle psychicznym (psychogeny zespół bólowy). Dalszym krokiem jest diagnostyka obrazowa. Podstawą jest zdjęcie rentgenowskie części kręgosłupa, w której zlokalizowany jest ból. W trudnych przypadkach konieczne jest rozszerzenie diagnostyki przez wykonanie tomografii komputerowej i jądrowego rezonansu magnetycznego. Rezonans magnetyczny uwidoczni patologie tkanek miękkich i samego rdzenia kręgowego, a za pomocą tomografii komputerowej można dobrze uwidocznili struktury kostne i centralne przepukliny jądrowe oraz zmiany naczyniowe, nowotworowe i zapalne. Izotopowe badanie kręgosłupa może być badaniem uzupełniającym, mającym na celu określenie zasięgu choroby i pomocne jest w różnicowaniu zmian zapalnych od zmian nowotworowych. Jeśli rozważana jest możliwość leczenia operacyjnego, to pomocne może być wykonanie mielografii (uwidocznienie rdzenia kręgowego), radikulografii (uwidocznienie korzeni nerwowych) i dyskografii.

Ból odczuwany w kręgosłupie lub sąsiadujących tkankach można podzielić, w zależności od umiejscowienia, na szyjny, piersiowy, lędźwiowy, krzyżowy i ogonowy.

Do najczęstszych zespołów bólowych kręgosłupa szyjnego należą: zespół Barrego-Lieou (zespół szyjny górny), zespół szyjny i szyjno-ramienny, bolesny kręć szyi.

W zespole szyjnym górnym ból lokalizuje się w górnej części karku i potylicy. Promieniuje do czoła, tylnej części oczodołów i skroni. Nasila się przy ruchach głową. Ból może mieć charakter stały lub napadowy, przy czym napady trwają od kilku godzin do kilku dni. Towarzyszą temu również inne objawy, takie jak zwroty głowy, szum w uszach, oczopląs i zaburzenia snu. Zespół szyjny górny częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn, jego początek przypada zazwyczaj na 4-5 dekadę życia. Przyczyną jest najczęściej choroba zwyrodnieniowa górnego odcinka kręgosłupa, ucisk tętnic kręgowych i niektórych struktur nerwowych.

Bolesny kręć szyi. Charakteryzuje się występowaniem stałego i napadowego bólu karku i przednio-bocznej części szyi, z nasilającym się okresowo przymusowym rotacyjnym ustawieniem głowy, spowodowanym przykurczem mięśni

szyi. Ten typ kręć powstaje w wyniku zmian pourazowych mięśni, stawów kręgosłupa, podrażnienia korzenia lub nerwów rdzeniowych, przepukliny jądra miażdżystego. W zespole szyjnym i szyjno-ramiennym dolegliwości bólowe odczuwane są w karku, rzadziej w przedniej części szyi, mogą promieniować w kierunku potylicy, barku, kończyny górnej. Występuje ograniczenie zakresu ruchów kręgosłupa i wzmożone napięcie mięśni przykręgosłupowych. Zespół bólowy szyjny i szyjno-ramienny w ponad 90% przypadków spowodowany jest zmianami pourazowymi i zwyrodnieniowymi krążka międzykręgowego. Częstość występowania tego typu zaburzeń wzrasta u osób po 45 roku życia. W leczeniu stosuje się niesteroidowe leki przeciwzapalne- NLPZ (ketoprofen, diklofenak, paracetamol, tramadol), wyciągi za głowę w osi długiej ciała (tylko jeśli badania potwierdzą skuteczność metody w konkretnym przypadku), blokady splotu szyjnego lub ramienego, fizjoterapię (rozgrzewanie, diatermia krótkofalowa, unieruchomienie w miękkim kołnierzu Schanz lub watomopaskowym).

Ból w obrębie klatki piersiowej i kręgosłupa piersiowego może powstawać na tle wielu procesów patologicznych tocących się w strukturach kręgosłupa, ścianach i narządach wewnętrznych klatki piersiowej. Podrażnienie korzeni i nerwów rdzeniowych przez zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające, zapalne, urazowe, rozrostowe może wywołać neuralgię międzyżebrową. Uszkodzenia w obrębie czterech górnych segmentów dają bóle promieniujące do barku, kończyn, płuc, przełyku i serca, które mogą imitować stany chorobowe tych narządów. Uszkodzenia kolejnych czterech segmentów (5-8) po stronie lewej naśladują choroby żołądka, pęcherzyka i wątroby, a zmiany w obrębie dolnych segmentów piersiowych mogą prowadzić do podejrzeń procesów chorobowych tocących się w obrębie jelit, nerek, przydatków, cewki moczowej. I na odwrót- choroby narządów wewnętrznych objawiają się przeculicą i wzmożonym napięciem mięśniowym we właściwych im lokalizacjach oraz bólami w odpowiadających im odcinkach kręgosłupa. Bóle kręgosłupa piersiowego i klatki piersiowej spowodowane są często procesami zapalnymi układowymi, a w podeszłym wieku złamaniami trzonów kręgowych na tle osteoporozy lub fibromialgią.

Badania wykazały, że ponad połowa osób dorosłych cierpi na okresowe bóle krzyża, a u 50% z nich dolegliwości występują między 30 a 50 rokiem życia, zazwyczaj w pełnym zdrowiu i zdolności do pracy. Są to bóle okolicy lędźwiowo-krzyżowej, występujące okresowo lub długotrwałe, często promieniujące do guza kulszowego, pachwiny, łydki, stopy. Najczęściej (w 90%) przyczyną ich występowania są zmiany zwyrodnieniowe krążka międzykręgowego i stawów międzywyrostkowych. Ból może być ograniczony tylko do okolicy lędźwiowo-krzyżowej (lumbalgia, lumbosacralgia), promieniować wzdłuż nerwu kulszowego (rwa kulszowa, ischialgia), lub może mieć charakter radikulopatii. Wszystkie te objawy mogą występować oddzielnie lub łącznie w różnych konfiguracjach. Oprócz bólu często występują też inne dolegliwości, jak np. tkliwość uciskowa wyrostków kolczystych i stawu krzyżowo-biodrowego, ograniczenie ruchów kręgosłupa, a zwłaszcza zgięcia i przeprostowania. Jeżeli przyczyną dolegliwości jest zwężenie kanału kręgowego, to ból krzyża ma charakter przewlekły z okresowymi objawami rwy kulszowej. Pojawiają

się kurcze i bóle łydek, co utrudnia chodzenie (tzw. chromanie rdzeniowe). Dolegliwości są znacznie większe przy schodzeniu niż przy wchodzeniu pod górę. Przebieg choroby charakteryzuje się naprzemiennym występowaniem okresów ostrych dolegliwości bólowych i okresów ulgi lub nawet całkowitego ustąpienia objawów. Bóle mają różne natężenie, czasem, szczególnie w początkowych okresach, mogą być tak silne, że uniemożliwiają poruszanie się. Taki stan utrzymuje się przez 2-3 tygodnie, potem ból może ustąpić całkowicie lub zmniejszyć się i utrzymywać przez długi okres. U niewielkiej części osób ból i towarzyszące objawy neurologiczne nasilają się i konieczne jest leczenie operacyjne. W postępowaniu leczniczym stosuje się farmakoterapię (NLPZ, inhibitory cyklo-oxygenazy: meloksykam, nimesulid, celekoksyb), kinezyterapię (ma na celu poprawę zakresu ruchów oraz zwiększenie siły mięśni, głównie przykręgowych, czworogłowych uda i mięśni brzucha), fizjoterapię, blokady nerwów i splotów nerwowych, psychoterapię. Zaleca się walkę z nadwagą, stosowanie sznurówek i gorsetów. Jeśli leczenie zachowawcze jest nieskuteczne można rozważyć możliwość zabiegu chirurgicznego. Jest on skuteczny u ok. 70% chorych. Natomiast u pozostałych 30% zabieg może spowodować powstanie nowego zespołu bólowego, znacznie silniejszego niż przed operacją.

Ból kości ogonowej występuje najczęściej po urazach (złamania, silne stłuczenia kości ogonowej), ale istnieje pewna grupa przypadków (głównie kobiety) o nieustalonej etiologii, bez uchwytnej przyczyny powstawania. Ból jest uporczywy, głęboko umiejscowiony, nasila się podczas siedzenia. Może być silny, jak przy złamaniu, lub tępy, pulsujący, z okresami zaostreń. Może promieniować do krocza, mięśni pośladkowych, a czasem obustronnie w dół, wzdłuż tylnych powierzchni ud. Leczenie zachowawcze obejmuje: masaże, nagrzewanie, blokady nerwów. W niektórych przypadkach konieczna jest repozycja kości ogonowej.

Zespoły bólowe kręgosłupa mogą także towarzyszyć schorzeniom układowym. M.in. chorobie zwyrodnieniowej stawów, fibromialgii, osteoporozie czy układowym chorobom tkanki łącznej.

W chorobie zwyrodnieniowej stawów (osteoarthritis, OA) dochodzi do stopniowej degradacji i zniszczenia chrząstki stawowej, co prowadzi do wtórnych zmian zwyrodnieniowych struktur tworzących staw. Choroba zazwyczaj rozpoczyna się okresowymi dolegliwościami bólowymi i stopniowym ograniczeniem ruchów w stawie. Ból początkowo ma charakter wysiłkowy i jest bardziej dokuczliwy pod koniec dnia. Okresowo pojawiają się zaostrezenia dolegliwości z miejscową tkliwością uciskową, przykurczem, a niekiedy znacznym upośledzeniem czynności stawu, które ustępują po kilkunastu dniach. W miarę rozwoju choroby pojawiają się bóle nocne, a następnie spoczynkowe, także w ciągu dnia. Dolegliwości bólowe, postępujące ograniczenie ruchów, ubytki masy mięśniowej, przykurcze i usztywnienie powodują, że sprawność osób chorych ulega coraz to większemu upośledzeniu, co prowadzi do kalectwa. Kręgosłup jest najczęstszą lokalizacją zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających. Zmiany dotyczą krążków międzykręgowych i stawów międzywyrostkowych. Bóle spowodowane są uciskiem korzenia lub nerwu przez wyrosłe kostne, protruzje (przesunięcia) zwyrodniałego krążka międzykręgowego i zwężenie otworu międzykręgowego, powstałego

w wyniku podwichnięcia stawów międzywyrostkowych. Ucisk na korzenie nerwów powoduje także parestezje (najczęściej pod postacią mrowienia, drętwienia), zaburzenia czucia, osłabienie siły mięśniowej i odruchów ze ścięgien. Leczenie rozpoczyna się od ogólnych zaleceń dotyczących uregulowanego trybu życia, prawidłowego żywienia, zwalczania otyłości, unikania nadmiernych obciążeń chorych stawów i stosowania ćwiczeń zwiększających siłę mięśniową. Stosuje się leczenie przeciwzapalne i przeciwbólowe, skojarzone z zabiegami fizjoterapeutycznymi (rozgrzewanie, oziębianie, jontoforeza).

Mianem fibromialgii określa się rozlany tępy ból mięśniowo-szkieletowy, z wieloma punktami tkliwości dotykowej (TP-tender points) o przewidywalnej lokalizacji. Bólowi towarzyszą: zmęczenie, ograniczenie ruchomości bolesnych stawów, zaburzenia snu i liczne objawy somatyczne. Choroba rozpoczyna się zazwyczaj uporczywymi bólami kręgosłupa i w ciągu miesięcy i lat przechodzi w postać uogólnioną. Ból występuje w mięśniach, okolicy ich przyczepów, wyniosłości kostnych i stawów, głównie kręgosłupa, obręczy biodrowej i barkowej. Zimna, deszczowa pogoda, stres, nadmierna aktywność fizyczna i niedostatek snu nasilają dolegliwości bólowe. Fibromialgii towarzyszą też inne objawy, takie jak: parestezje kończyn górnych, bóle głowy, stany lękowe i depresyjne. Leczenie opiera się na eliminacji punktów tkliwości (TP) i zniesieniu dolegliwości bólowych. Eliminacja TP polega na precyzyjnym wstrzykiwaniu środków miejscowo znieczulających, izotonicznego roztworu NaCl lub wkłuwaniu w te punkty igieł, np. akupunkturowych. Po zabiegu wskazane są zabiegi fizjoterapeutyczne (najczęściej masaże i ćwiczenia bierne, zwiększające zakres ruchów przykurczonych mięśni). W miarę ustępowania objawów ćwiczenia bierne zastępuje się ćwiczeniami czynnymi, których celem jest także poprawienie ogólnej sprawności chorego. Dodatkowo stosuje się leki przeciwzapalne w formie maści a w okresie zaostreń także doustnie. Wskazane są różne formy psychoterapii, takie jak trening autogenny, biofeedback.

Osteoporoza jest układową chorobą szkieletu, charakteryzującą się zmniejszoną masą kości, upośledzoną strukturą tkanki kostnej, a w efekcie jej większą podatnością na złamania. Najpoważniejszym następstwem osteoporozy są złamania patologiczne, głównie dotyczące trzonów kręgow (tzw. złamania kompresyjne), bliższego odcinka kości udowej, kości promieniowej i łokciowej, kości miednicy. Dominujące objawy to bóle kostne w odcinku piersiowym i lędźwiowym kręgosłupa, występujące po wysiłku fizycznym (mikrozłamania). W miarę upływu czasu bóle nasilają się, utrudniając dłuższe stanie, a nawet siedzenie. Leczenie osteoporozy trwa wiele lat i obejmuje podawanie leków (estrogenów, kalcitoniny, witaminy D3, wapnia, fluoru, bifosfonianów, leków anabolicznych), stosowanie odpowiednio dobranych ćwiczeń fizycznych i diety z odpowiednią podażą soli wapnia i witamin, zwłaszcza C, B6 i B12.

Badania epidemiologiczne wskazują, że około 60% osób dorosłych cierpi na okresowe bóle kręgosłupa, które w ponad 20% powodują czasową niezdolność do pracy. Koszty związane z leczeniem, okresową lub trwałą spowodowaną kalectwem niezdolnością do pracy sprawiają, że zespoły bólowe kręgosłupa stanowią poważny, i co najważniejsze narastający, problem społeczno-ekonomiczno-socjalny rozwiniętych krajów.



Leczenie bólów kręgosłupa obejmuje zmniejszenie masy ciała, wyuczenie utrzymywania prawidłowej postawy podczas pracy i odpoczynku, ćwiczenia rozciągające kręgosłup i wzmacniające mięśnie grzbietu i brzucha. Można też stosować ciepłe okłady. Należy zadbać o odpowiedniej twardości materac. W celu uśmierzania bólu stosować można paracetamol lub niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ), wstrzyknięcia z lignokainy i sterydów, a także w pewnych stanach, np. w rwie kulszowej, leki miorelaksacyjne. Stosować można też masaż klasyczny - o ile nie ma przeciwwskazań w postaci zaburzeń neurologicznych towarzyszących bólowi. Ulgę przynieść może też stosowanie prądów zmiennych - tensy albo interferencyjnych. Stosować można również leczenie ruchem, pozycje ułożeniowe, leczenie spoczynkowe, wyciągi, terapię manualną, edukację pacjenta, UD lub fonoforezę, elektroterapię, laseroterapię, termoterapię. ■

Anna Kowalska

## PODMIOT I PRZEDMIOT OPIEKI W PIELĘGNIARSTWIE

Każdy człowiek w różnych okresach swojego życia i z różnych powodów wymaga opieki ze strony innych ludzi. Opieką otaczamy tych wszystkich, którzy nie są zdolni do radzenia sobie w życiu. Najczęściej jest to uwarunkowane wiekiem lub stanem zdrowia. Wprawdzie to samoopieka jest podstawową formą dbania o zdrowie, ale zazwyczaj uzupełniona jest opieką świadconą przez osoby bliskie (działania takie określane są jako opieka nieprofesjonalna). Najczęściej w różnych jej formach uczestniczy rodzina, znajomi, sąsiedzi lub członkowie wspólnot wyznaniowych. Dopiero wówczas, kiedy człowiek nie radzi sobie sam z problemami zdrowotnymi, lub też pomoc ze strony bliskich jest niewystarczająca, korzysta z różnych form opieki profesjonalnej. Pielęgniarka jest jednym z dawców profesjonalnej opieki.

Opieka jest jedną z najstarszych form aktywności międzyludzkiej, której niezaprzeczalnie wywodzi się nurt działań opiekuńczych w pielęgniarstwie profesjonalnym. Pojęcie „opieka” i „opieka pielęgniarska” mogą być definiowane z wielu perspektyw. Słownikowe powszechne rozumienie terminu „opieka” oznacza:

- jako rzeczownik (opieka): „troszczenie się, dbanie o kogoś, dogłębne, pilnowanie kogoś, strzeżenie, dozór”;
- jako czasownik (opiekować się): „sprawować opiekę nad kimś, nad czymś, troszczyć się, dbać o kogoś, o coś, zajmować się kimś, czymś”;
- jako przymiotnik (opiekuńczy): „wyraża dbałość o troskliwość osoby opiekuna podczas opiekowania się”;

Po dokonaniu uogólnionego scalenia, cech swoistych określających istotę opieki, pojęcie „opieka” można określić jako oparte na odpowiedzialności kompensacyjnej ciągłe i bez-

interesowne zaspakajanie przez opiekuna ponadpodmiotowych potrzeb podopiecznego w nawiązanym stosunku opiekuńczym.

Fundamentem tak rozumianej opieki, jest założenie, iż jej wyznacznikiem i ściśle pojętym przedmiotem są potrzeby ponadpodmiotowe ludzi, których oni sami nie są w stanie samodzielnie zaspokoić. Realizacja ich następuje w asymetrycznym stosunku opiekuńczym, w którym podopieczny znajduje się w pozycji wymagającego pomocy wynikającej bądź to z braku motywacji do podjęcia działań samoopiekuńczych, bądź z braku wiedzy i umiejętności lub też z braku sił witalnych i możliwości spowodowanych procesem chorobowym, czy etapem procesu rozwojowego. Rolą pielęgniarki jest bezinteresowne i ciągłe kompensowanie zaistniałych braków.

Osoba ludzka nigdy nie może być uprzedmiotowiona, zredukowana do sumy części, traktowana instrumentalnie jako przedmiot, narzędzie, środek do celu, ponieważ stanowi podmiot i cel, a życie człowieka określają relacje międzyosobowe. Jest to jedna z przesłanek przemawiających za koniecznością postrzegania każdego podopiecznego (pacjenta) jako podmiotu opieki. Podmiot opieki oznacza osobę poznającą, przeżywającą, działającą, ale też taką, która ma określony zakres praw i obowiązków. Przez podmiotowość rozumiemy „świat wewnętrzny” człowieka, odbierany, odczuwany i wyrażany tylko przez tę osobę. Wyrazem podmiotowości człowieka jest tkwiąca w nim i otaczająca rzeczywistość ale dostrzegana subiektywnie i ujmowana od strony jego własnych przeżyć.

Człowiek jest indywidualnością, ponieważ subiektywnie, w sposób tylko właściwy dla siebie, odczuwa każdy stan i sytuację. Niepowtarzalne i subiektywne dostrzeganie rzeczywistości wpływa na zachowanie człowieka. Człowiek tworzy i kreuje obraz samego siebie, własne miejsce w otaczającym środowisku i świecie, a to wpływa na odczuwanie komfortu i dyskomfortu, a w rezultacie na prowadzony tryb życia. Z perspektywy własnych odczuć podmiotowość rozumiana jest przez człowieka jako możliwość kierowania swoim życiem i kontroli nad nim, przewidywania przyszłych zdarzeń i wpływanie na nie, a więc dostrzeganie związku między osobistymi decyzjami a konsekwencjami odczuwalnymi w codziennym życiu.

Pielęgniarka traktuje pacjenta podmiotowo jeżeli:

- widzi w nim przede wszystkim człowieka,
- dostrzega i akceptuje jego indywidualność i inność,
- respektuje jego prawo do subiektywnego odczuwania własnego stanu, np. objawów bólu, niepokoju, zimna, komfortu, dobrostanu, poczucia zdrowia i choroby,
- umacnia w nim poczucie własnej wartości, dba o szanowanie jego godności,
- z szacunkiem odnosi się do jego subiektywnych odczuć, poglądów, przekonań, wiary, leżących u podstaw zachowań zdrowotnych, ale również tych wpływających na zwiększenie ryzyka zachorowania, bądź też utrudniających przezwyciężenie choroby,
- planując opiekę dostrzega i realizuje potrzeby rozwojowe integralnie związane z procesem kształtowania się osobowości człowieka,
- w formułowaniu diagnozy i planowaniu pielęgnowania

uwzględnia wszystkie dane dotyczące jego subiektywnych odczuć,

- umożliwia pacjentowi dokonywanie wyboru i podejmowanie decyzji dotyczących oczekiwanych przez niego pomocy, co daje mu prawo do bycia samodzielnym w ponoszeniu odpowiedzialności za zdrowie,

Podmiotowe traktowanie pacjenta w opiece pielęgniarskiej oznacza niezbędność przestrzegania w opiece zasady indywidualnego traktowania każdego człowieka, uznając że każdy ma prawo do poczucia niezależności i odrębności osobistej, postępowania i zachowania odbiegającego od ogólnie przyjętych wzorów i standardów życia, reagowania w swoisty tylko dla siebie sposób na różne bodźce działające z wnętrza organizmu i ze środowiska.

Każdy człowiek jest indywidualnością, ponieważ inaczej, subiektywnie, swoiście odczuwa każdy stan i sytuację. Poza widocznymi cechami zewnętrznymi, takimi jak: wzrost, typ sylwetki, kolor skóry, wielkość i kolor oczu, długość i kolor włosów, ubiór, sposób poruszania się, język którym się posługuje, ludzi różni sposób działania, myślenia, odczuwania, poglądy, system wartości, wyznawana wiara i praktykowana religia. Każdy człowiek (pacjent) w swoisty sposób postrzega świat i swoje w nim miejsce, nadając indywidualne znaczenie poznanym faktom, zjawiskom, stanom, tworzy subiektywny obraz otaczającego świata.

Pielęgniarka w swojej działalności opiekuńczej spotyka często osoby, które nie chcą lub nie mogą przejąć w pełni odpowiedzialności za własne życie i sytuację, w jakiej się znalazły (noworodki, osoby nieprzytomne). Równie często opiekuje się takimi osobami, które odpowiedzialnością za zdrowie obarczyłyby innych, np. rodziców, współmałżonka, lekarza. Nie zmienia to faktu, że takie osoby również należy traktować podmiotowo.

W relacjach pielęgniarka – pacjent wyznaczniki podmiotowego traktowania pacjenta odnoszą się nie tylko do indywidualnej osoby, ale również do rodziny. Każda rodzina, tak jak każda społeczność i wspólnota, charakteryzuje się własną tożsamością, żyje zgodnie z określonymi wzorami, normami, wartościami i tworzy tylko właściwy dla siebie styl życia.

Pomoc indywidualnemu człowiekowi może okazać się nieskuteczna, jeżeli nie uwzględni się aspektu jego życia w rodzinie.

W opiece pielęgniarskiej osobę człowieka pojmujemy jako całość i jedność, dlatego też jego stan zdrowia powinien być określony w aspekcie biologicznym, społecznym jak i psychicznym. W medycynie odróżnia się objawy podmiotowe, tzn. te, które pacjent postrzega i odczuwa, od objawów obiektywnych stwierdzonych w wyniku badań fizykalnych. Wynika to z założenia, że wszystkie zjawiska psychiczne są podmiotowe w odróżnieniu od zjawisk fizycznych – przedmiotowych. Pielęgniarka poprzez badania przedmiotowe (fizykalne) ocenia stan organizmu pacjenta przy pomocy zmysłów wzroku, słuchu, dotyku, węchu. Celem takich badań jest ocena stanu organizmu, stwierdzenie zmian w budowie i jego funkcjonowaniu. Przedmiotem opieki pielęgniarskiej są potrzeby pacjenta i braki, których samodzielnie nie jest w stanie zapewnić.

Wpływ czynników chorobotwórczych może doprowadzić do zmian strukturalnych w budowie narządów i układów, a także upośledzić funkcje całego organizmu wpływając na zachowanie i możliwości człowieka w zakresie radzenia sobie z potrzebami, realizowaniem celów i planów życiowych, jak również aspiracji.

Opieka pielęgniarska jest serią długofalowych i trwałych interakcji pomiędzy pielęgniarką a pacjentem, których przedmiotem jest pielęgnowanie, w ramach funkcji opiekuńczej zaplanowanej ale i spontaniczne działania i czynności opiekowania się. Według Ciechniewicz, do zadań, które przypisujemy do funkcji opiekuńczej należą między innymi:

- stwarzanie optymalnych warunków do podtrzymywania biologicznych funkcji życiowych organizmu pacjenta;
- pomoc w wykonywaniu (lub wykonywanie za pacjenta) czynności życia codziennego zapewniających komfort w sferze biologicznej, psychicznej, społecznej, duchowej i kulturowej;
- pomoc w rozwiązywaniu problemów wynikających z relacji pacjenta na stosowane metody diagnozowania, leczenia, rehabilitacji (radzenie sobie z lękiem, strachem, bólem, złym samopoczuciem i inne);
- przygotowanie i ułatwienie wejście w rolę pacjenta różnych instytucji opiekuńczych i ochrony zdrowia;
- ułatwienie wejścia do grup oparcia;

Wynika z tego, iż na opiekę pielęgniarską składają się dwa podstawowe wymiary: wymiar techniczny i wymiar emocjonalny. O ile wymiar techniczny troski jest stosunkowo jasny, związany z realizacją określonych działań (manualnych) względem pacjenta (mniej lub bardziej sprecyzowanych procedur medycznych) o tyle wymiar emocjonalny pozostaje bardzo trudny do jednoznacznego zdefiniowania. Wśród najczęstszych określeń tego wymiaru opieki znajdujemy: wsparcie, miłość, współczucie, poświęcenie, sumienie, poufność, prawdomówność. Jak widać, są to te wartości, które powodują, że opieka jest nie tylko rzemiosłem, ale przede wszystkim działalnością o charakterze moralnym.

W procesie pielęgnowania dochodzi bowiem do nawiązania relacji między dwoma podmiotami (pacjent/pielęgniarka), a więc istotami wolnymi, odpowiedzialnymi, postrzegającymi rzeczywistość w określony sposób. Pielęgniarka jako profesjonalistka odpowiada na sygnalizowane przez podopiecznego potrzeby. Wynikają one nie tylko z potrzeby ludzkiej cielesności, ale bardzo często mają swoje źródło w jego sferze psychicznej, społecznej, duchowej, czy kulturowej. Wartości które urzeczywistniają się w tej relacji stanowią istotę opieki pielęgniarskiej. Dlatego pielęgniarki nie powinny kreować swojego wizerunku wyłącznie poprzez silne utożsamianie się z zaawansowaną techniką. To bowiem może z nich uczynić jedynie „minilekarzy” lub wyspecjalizowanych techników i przez to właśnie oddalić od pielęgniarstwa. Innymi słowy, realizacja funkcji opiekuńczej pielęgniarki obok wielu innych, bardzo istotnych dla procesu zdrowienia pacjentów, powinna stanowić priorytet w pielęgniarstwie. Poprzez tę funkcję właśnie definiowane jest samo pielęgniarstwo – jako nauka o pielęgnowaniu.





Podmiotowe traktowanie pacjenta wymaga od pielęgniarki umiejętności empatycznych, ponieważ, jak określa M. Mayeroff „...aby zrozumieć drugiego człowieka, należy go rozumieć tak, jak gdyby być w jego wnętrzu. Należy patrzeć jego oczami, tak by widzieć, jak wygląda jego świat i jak on ocenia siebie. Zamiast przyglądać mu się z zewnątrz, jak gdyby był jakimś okazem naukowym, należy umieć przebywać w jego świecie, wnikać w niego po to, by odczuć od wewnątrz, jak dla niego wygląda życie”.

KOWALSKA ANNA

## AUTYZM

Autyzm to rozległe zaburzenie rozwojowe, które ujawnia się często w ciągu pierwszych trzydziestu miesięcy życia. Istnieje także „autyzm atypowy” kiedy choroba ujawnia się w czwartym, piątym roku życia. Autyzm ze względu na zróżnicowany charakter jest trudny do zdiagnozowania, występuje pod wieloma postaciami. Autyzm wchodzi w skład Spektrum Zaburzeń Autystycznych(ASD) należą do niego:

Autyzm dziecięcy

Zespół Aspergera

Autyzm głęboki

### PRZYCZYNY

- Genetyczne-uwarunkowane genem EN2 na chromosomie 7, oraz innymi genami ,które znajdują się na chromosomach 3, 4, 11. Geny znajdujące się na chromosomie 11 odpowiedzialne są za powstanie autyzmu u mężczyzn, natomiast geny ,które znajdują się na chromosomie 4 odpowiadają za powstanie autyzmu u kobiet.
- Wiek ojca powyżej 40 lat zwiększa ryzyko zachorowalności na autyzm.
- Zaburzenia metaboliczne(nietolerancja glutenu i kazeiny).
- Urazy okołoporodowe.
- Uszkodzenia centralnego układu nerwowego.
- Toksoplazmoza(wrodzona).
- Dziecięce porażenie mózgowe.
- Alergie ,osłabiona sprawność immunologiczna.
- Poważne infekcje oraz intensywne antybiotykoterapia w okresie niemowlęcym.

### OBJAWY KLINICZNE

Chorobę cechuje różnorodność objawów i stopnia ich nasilenia. Pojedynczy objaw autyzmu występujący u dziecka nie jest równoznaczny z występowaniem choroby, ale istnienie kilku objawów stanowi wskazanie do wnikliwej obserwacji dziecka.

S.M.B. Pecyna mówi o trzech kategoriach syndromów auty-

zmu:

Jakościowe zaburzenia stosunków społecznych

- zaburzenie zachowań niewerbalnych
- brak kontaktów rówieśniczych
- brak potrzeby dzielenia się przeżyciami z innymi ludźmi

Jakościowe zaburzenia komunikacji w kontaktach z innymi osobami:

- upośledzona lub niewykształcona mowa
- stereotypowe i powtarzane wyrazy
- brak spontanicznych umiejętności językowych

Ograniczone i stereotypowe wzorce zachowań:

- powtarzanie jednego lub kilku wzorców zainteresowań
- przywiązanie do rytuałów ,zwyczajów
- powtarzanie pewnych sekwencji ruchowych
- uporczywe zajmowanie się tylko przedmiotami z pominięciem ludzi.

J. Kruk-Lasocka ujmuje podobnie symptomy autyzmu nazywając je triadą objawów zaburzeń.

Do zachowań które powinny wzbudzić zaniepokojenie należą:

- izolowanie się od otoczenia
- wąski zakres zainteresowań i aktywności oraz niedostateczna zdolność zabawy
- dziecko woli rozstawiać zabawki niż się nimi bawić
- brak chęci do zabaw z innymi dziećmi
- dziecko woli kontakt z przedmiotami niż ludźmi
- unikanie kontaktu wzrokowego lub jego szybkie przerywanie
- brak mowy lub używanie słów pozbawionych znaczenia
- powtarzanie wyrazów
- brak spontanicznego poruszania się
- chodzenie drobnymi kroczkami ,na palcach
- sztywność i opór wobec zmian
- nadwrażliwość na dotyk ,dźwięk ,smak, zapach
- brak reakcji na ból
- niechęć do przytulania się
- szczególne przywiązanie do jednej rzeczy, zabawki
- sprawianie wrażenia głuchego, niedoświadczającego
- brak umiejętności pokazywania palcem to czego chce, jeśli potrzebuje czegoś to ciągnie dorosłego za rękę.

U dziecka mogą wystąpić niektóre z powyższych objawów ale może też się zdarzyć ,że objawy są słabo widoczne wręcz trudne do wychwycenia.

Autyzm jest chorobą trwającą całe życie chociaż mowa i kontakty społeczne mogą się poprawić.

### LECZENIE

Leczenie autyzmu powinno być prowadzone indywidualnie oraz dopasowane do konkretnych problemów .

Podstawą postępowania z dzieckiem jest wczesna indywidualna edukacja poznawcza i behawioralna dotycząca potrzeb dzieci autystycznych.

Właściwa opieka nad dzieckiem sprawia, że wiele zachowań autystycznych może być zmienione na lepsze. Możliwe są różnego rodzaju terapie w zakresie: mowy, słuchu, zachowania, wzroku, terapie muzyczne oraz leki i zalecenia dietetyczne. Nie istnieją leki leczące autyzm ale w niektórych przypadkach problemów zachowania stosuje się leki psychotropowe. Do usuwania objawów deficytu uwagi takich jak nadmierna akty-

wność, impulsywność czy brak skupienia stosuje się leki psychostymulujące. Inhibitory wychwyty serotoniny i sertalina są skuteczne w pewnym stopniu w poprawie nastroju, poprawie nauki mowy oraz w redukcji rytuałów. Propranolol w wysokich dawkach stosuje się do leczenia wybuchów agresji, risperidon stosuje się w leczeniu zaburzeń obsesyjnych oraz samookaleceń. U dzieci ze zmianami napadowymi w EEG stosuje się leki przeciwpadaczkowe które również stabilizują nastrój, dobre efekty przynosi także suplementacja diety na podstawie Tkanekowej Analizy Pierwiastków. Polega ona wyrównaniu zaburzeń pierwiastków i blokowaniu działania niekorzystnych pierwiastków toksycznych

Całkowite wyleczenie jest niemożliwe ale przy wczesnym wdrożeniu terapii szanse poprawy są większe ponieważ choroba rozwija się w ciągu pierwszych trzech lat życia. Wprowadzając programy edukacyjne, terapeutyczne można lepiej przystosować dziecko do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie w przyszłości w zależności od stopienia opóźnienia dziecka. ■

M. Ciesielska

## „ZNACZENIE KOMUNIKACJI WERBALNEJ I NIEWERBALNEJ W PRAKTYCE PIELĘGNIARSKIEJ”

Umiejętność komunikowania się pielęgniarki z chorym człowiekiem jest istotą opieki medycznej. Istotne jest również umiejętne porozumienie się z rodziną chorego, wprowadzenie ich w proces pielęgnacyjny, pokazanie jak ważna jest ich rola w czasie trwania choroby. Komunikowanie się werbalne oraz niewerbalne jest jedną z podstawowych potrzeb człowieka. Od zarania dziejów ludzie komunikują się ze sobą nieustannie doskonałą tę umiejętność. Znajomość komunikacji werbalnej i niewerbalnej pozwala pielęgniarce lepiej zrozumieć pacjenta i jego potrzeby, pacjent zaś ma zagwarantowane poczucie bezpieczeństwa i nie odczuwa negatywnych emocji wynikających z poczucia niezrozumienia.:

[„Aby zrozumieć drugiego człowieka, należy go rozumieć tak, jak gdyby był w jego wnętrzu. Należy patrzeć jego oczami, tak, aby widzieć, jak wygląda jego świat i jak on ocenia siebie. Zamiast przyglądać mu się z zewnątrz, jak gdyby był jakimś okazem naukowym, należy umieć przebywać w jego świecie, wnikać w niego po to, by odczuć od wewnątrz, jak dla niego wygląda życie”] (M.Mayeroff,1971)

Czym więc jest ta komunikacja?

[„Komunikacja- psychologiczny proces, dzięki któremu jednostka przekazuje i otrzymuje informacje w bezpośrednim kontakcie z inną osobą. Jest to proces, który zachodzi nieustannie, bowiem przez cały czas swoją postawą ciała, mimiką, gestykulacją, no i wreszcie słowami przekazujemy określone informacje. Jednak, aby można było mówić o istnieniu komunikacji muszą istnieć 3 ogniwa:

- nadawca, czyli osoba, która przesyła określoną informację;
- odbiorca, czyli osoba, do której dana informację

kierujemy;

- kod, czyli sposób przekazu tej informacji – obraz, gest, słowo”].

Relacja pielęgniarka - pacjent jest relacją pielęgnacyjną, zbudowaną wokół celów określonych w procesie pielęgnowania i niezbędne jest prawidłowe wysyłanie i odbieranie komunikatów wysyłanych przez pielęgniarkę i pacjenta. Komunikacja interpersonalna jest zjawiskiem całościowym i tak należy ją postrzegać. Wyróżniamy tu dwa rodzaje sygnałów: werbalne i niewerbalne.

Aby proces komunikowania przebiegał bez zakłóceń konieczne jest zachowanie spójności między komunikatem werbalnym jak i niewerbalnym między pacjentem, a pielęgniarką. Oznacza to, że mowa ciała ma potwierdzać to, co wyrażane jest przy użyciu słów. Mówiąc o komunikacie werbalnym, mam na myśli komunikację opartą na słowie. Sprowadzając się do tego, iż przekazując komunikaty używamy słów. Pielęgniarka powinna nadawać sens wypowiedzianym słowom pacjenta, zaś słowom pielęgniarki nadaje znaczenie pacjent. Gdy sam komunikat werbalny nie wystarcza, ponieważ pacjent lub pacjentka nie dosłyszy, w takim przypadku powinniśmy zastosować sygnały komunikatu niewerbalnego, tzn. wprowadzić mowę naszego ciała. Źródła podają, że [„W całości przekazu informacji płynącej do odbiorcy, 55% efektu uzyskujemy mimiką twarzy i gestykulacją, 38% treści komunikatu przekazujemy tonem głosu, zaś słowami zaledwie 7%.”] Oznacza to, że aż 93% komunikacji odbywa się bez użycia słów. W tej komunikacji wyróżniamy gestykulację, mimikę, bardzo ważny dotyk pacjenta przez pielęgniarkę, kontakt fizyczny, wygląd, spojrzenie (utrzymywanie kontaktu wzrokowego z pacjentem), pozycja ciała, dystans fizyczny oraz przestrzeń. Pielęgniarka musi pamiętać, że komunikaty niewerbalne są wieloznaczne, a interpretacja mowy ciała jest możliwa do przeprowadzenia po uwzględnieniu wszystkich sygnałów dostrzeżonych u partnera relacji. Pielęgniarka powinna uważnie przyglądać się pacjentowi, z którym chce się skomunikować. Musi obserwować jego reakcje, utrzymywać cały czas kontakt wzrokowy, potrzymać pacjenta za rękę, by ten czuł jej bliskość i zaangażowanie rozmową. Komunikacja niewerbalna jak i werbalna jest bardzo istotna w praktyce pielęgniarki z każdym pacjentem, tym obłożnie chorym, ułomnym jak i małym dzieckiem. Obserwacja gestów pacjenta, jego ruchów dłoni, palców, nóg, stóp, głowy i korpusu mogą dać sygnał np. bólu o którym pacjent nie mówi i szybkiej interwencji pielęgniarskiej przez podanie środka usmierzającego ból. Ruchy pacjenta mogą być szybkie lub całkowicie spowolnione. Te szybkie mogą świadczyć o zakłopotaniu, braku pewności w obcej dla niego sytuacji, pobudzeniu emocjonalnym, złości. Zaś te powolne o spokoju, wygodnej pozycji np. u osób leżących po operacji. Dobrym sposobem weryfikacji wszelkich spostrzeżeń dotyczących uczuć pacjenta jest uświadomienie przez pielęgniarkę jej własnych uczuć, które pojawiają się na określony wyraz twarzy pacjenta i zapytanie go, czy właśnie to uczucie teraz przeżywa. Pielęgniarka nie może bać się pytać i rozmawiać z pacjentem. Założenie i cele, jakie powinna przyjąć pielęgniarka podczas próby komunikacji z pacjentem to:

1. Dobra i skuteczna komunikacja z chorym, potrzebującym lub też zdrowym pacjentem
2. Posiadanie umiejętności koniecznych do porozumiewania się tj. elokwentne i łatwe wypowiedzianie się na dany temat, szybkość reagowania na bodźce, spostrzegawczość, zainteresowanie drugim człowiekiem, brak barier raso-



wych, wyznania, wyglądu, zajmowanej pozycji w społeczeństwie, posiadanego dobytku, bezinteresowność, miłość do drugiego człowieka

3. Znajomość technik komunikacji przez pielęgniarkę oraz możliwe reakcje pacjenta na bodźce werbalne i niewerbalne
4. Znajomość głównych barier w komunikacji pacjent- pielęgniarka i sposoby ich szybkiego rozwiązywania
5. Chęć poszerzania swojej wiedzy na temat komunikacji interpersonalnej z pacjentem oraz zespołem w pracy
6. Umiejętność słuchania i zwracania uwagi na najmniejsze szczegóły

Podstawą kontaktu z chorym jest ocena stanu psychicznego chorego. Nie zawsze chory wyraża to, co czuje. Postawa chorego jest dla pielęgniarki pierwszym komunikatem, jaki chory podaje, należy pamiętać, że pacjent „milczący” również mówi, pokazuje, że jego konfrontacja ze światem jest dla niego niezwykle bolesna, upokarzająca. Aby umieć znaleźć się w trudnej sytuacji i odpowiednio ją rozwiązać pielęgniarka powinna przestrzegać następujących zasad:

- Uszanuj milczenie chorego – nie przełamuj na siłę jego zamknięcia i uporu
- Nie prowokuj na siłę kontaktu, jeżeli pacjent tego sobie nie życzy
- Niezależnie czy chory spełnia nasze oczekiwania czy też nie- okaż mu swoją życzliwość, wytrwałość, takt, troskę.
- Nie ukazuj swojego niezadowolenia z zaistniałej sytuacji i nieustannego milczenia pacjenta
- Pokazuj jednocześnie zainteresowanie jego poprawą zdrowia oraz chęć niesienia pomocy
- Pamiętaj, że to chory bierze na siebie inicjatywę nawiązania kontaktu z pielęgniarką i pielęgniarka nie powinna narzucać swojej obecności jemu oraz najbliższej rodzinie
- Najważniejszą zasadą rozmowy pielęgniarki jest mówienie prawdy!

Zawód pielęgniarki jest bez wątpienia wyjątkowym zawodem, który wymaga powołania. To pielęgniarka swoim zachowaniem, dyskrecją, postawą moralną daje świadectwo wartości życia i zdrowia człowieka.

Umiejętność komunikowania się z chorym wymaga od pielęgniarki niewątpliwie wiedzy i doświadczenia. To sztuka, której trzeba uczyć się nieustannie. Bez wątpienia znaczenie komunikacji werbalnej i niewerbalnej w jest praktyce pielęgniarskiej trudną sztuką, jednak jest ona nieodzowna i poprawne komunikowanie się w każdym miejscu i sytuacji przyniesie niewymierne korzyści dla pacjenta jak i pielęgniarki- da nam uczucie spełnienia i zadowolenia z niesionej usługi drugiemu człowiekowi. ■

Dorota Będkowska – Koziół

## Stosowanie leków przeciwzakrzepowych. Edukacja pacjenta.

Co to jest leczenie przeciwzakrzepowe i dlaczego je stosujemy?

Leczenie przeciwzakrzepowe stosuje się w celu obniżenia zdolności krwi do krzepnięcia a tym samym tworzenia zakrzepów. Niektóre sytuacje kliniczne stwarzają warunki do powstawania skrzeplin. Skrzepliny te mogą być niebezpieczne z dwóch powodów;

- 1 mogą utrudniać przepływ krwi ,na przykład zmniejszając światło, czy zamykając przepływ przez tętnicę lub żyłę, albo utrudniając przepływ przez sztuczną zastawkę lub ją blokując..
- 2 ich fragmenty mogą ukrywać się i tworzyć zator zamykając światło naczynia. Zamknięcie światła naczynia uniemożliwia dopływ krwi ze składnikami odżywczymi, a więc prowadzi do martwicy Skrzepliny krwi są niebezpieczne dla zdrowia

Odpowiedzialne za nie są płytki krwi oraz białka znajdujące się w osoczu. Na przykład zator tętnicy nerkowej może upośledzić funkcje nerek ,zator tętnicy mózgowej jest przyczyną udaru mózgu.

Krzepliwość krwi jest ważną funkcją naszego organizmu. Dzięki niej goją się rany, jednak w przypadku chorób układu krążenia, nadmierna krzepliwość może być śmiertelnie niebezpieczna. Leki działające hamująco na proces krzepnięcia są szczególnie potrzebne w chorobach układu krążenia.

### MECHANIZM DZIAŁANIA LEKÓW PRZECIWKZRZEPOWYCH

Leki przeciwzakrzepowe stosowane przewlekłe to najczęściej leki stosowane doustnie, nazywane doustnymi antykoagulantami. Działanie leków przeciwzakrzepowych, czyli doustnych antykoagulantów, polega na przeciwdziałaniu witaminie K która jest niezbędna do prawidłowego krzepnięcia krwi.

Witamina K zapewnia krzepliwość krwi oraz zapobiega krwawieniu. Doustne leki przeciwzakrzepowe (antagoniści witaminy K – substancje czynne warfaryna , acenokumarol) powodują zahamowanie skomplikowanej kaskady krzepnięcia. Zmniejszają tym samym możliwość powstawania skrzepów w układzie krążenia.

### DOUSTNE ANTYKOAGULANTY

Mechanizm działania doustnych antykoagulantów polega na znoszeniu działania witaminy K. W ten sposób zaburzają syntezę czynników krzepnięcia (II, VII, IX i X) i zmniejszają krzepliwość krwi. Związki te pod względem chemicznym są pochodnymi hydroksykumaryn. Wskazaniem do ich stosowania jest m.in. leczenie i zapobieganie zakrzepicy żył głębokich, zatorowości płucnej, zawałowi mięśnia sercowego, a także zapobieganie powikłaniom zakrzepowo-zatorowym u chorych z migotaniem przedsionków, patologią zastawek, czy sztucznymi zastawkami serca.

Działanie doustnych antykoagulantów obserwowane jest dopiero po 2-3 dniach, kiedy dochodzi do wyczerpania zapasu czynników krzepnięcia krwi. Poszczególne leki różnią się między sobą głównie siłą działania i parametrami farmakokinetycznymi.

Najpowszechniej stosowanym doustnym antykoagulantem jest acenokumarol (Acenocumarol, Sintrom, Syncumar).

Jednak to warfaryna (Warfin) cechuje się stabilniejszym działaniem, co jest ważne zwłaszcza u pacjentów z niestabilnym INR. Długotrwałe działanie leku może być niekorzystne w przypadku konieczności operacji chirurgicznej np. w obrębie jamy brzusznej. Wymaga bowiem odpowiednio wczesnego odstawienia preparatu warfaryny.

Istotnym problemem w trakcie stosowania doustnych antykoagulantów są interakcje lekowe. Działanie antagonistów witaminy K zwiększają m.in. niesteroidowe leki przeciwzapalne, amidaron, antybiotyki (np. neomycyna, erytromycyna, klarytromycyna, tetracyklina, chloramfenikol), sulfonamidy, omeprazol, klofibrat i tyroksyna. Zmniejszenie ich aktywności może mieć z kolei miejsce np. przy jednoczesnym podaniu barbituranów, karbamazepiny, gryzeofulwiny czy ryfampicyny, a nawet witaminy C.

Ostrożność należy zachować także przy preparatach ziołowych, bowiem miłorząb, czosnek, szalwia i żurawina zwiększają działanie warfaryny i acenokumarolu, natomiast żeń-szeń lub dziurawiec mogą je osłabić. Szczególnie niebezpieczny jest ten ostatni, gdyż indukuje aktywność enzymów wątrobowych metabolizujących antykoagulanty. Działanie to może utrzymywać się nawet przez 2 tygodnie od odstawienia preparatu z ziela dziurawca. Warfaryna i acenokumarol nie powinny być także stosowane u osób leczących się pochodnymi sulfonilomocznika (leki przeciwcukrzycowe), gdyż mogą potęgować ich działanie. W czasie terapii doustnymi koagulantami należy również unikać spożywania jednorazowo dużej ilości pokarmów bogatych w witaminę K, jak szpinak, sałata, brokuły, kapusta, awokado, ziemniaki, jajka, ser.

Od niedawna na rynku farmaceutycznym dostępne są nowe doustne antykoagulanty – etaksylan dabigatranu (Pradaxa) i rivaroksaban (Xarelto). Jednak ich wykorzystanie w leczeniu ogranicza aktualnie wysoka cena.

### LEKI PRZECIWTROMBINOWE

Leki należące do tej grupy, w przeciwieństwie do doustnych antykoagulantów, przeznaczone są do podania parenteralnego, czyli pozajelitowego. Ich działanie polega na zmniejszeniu krzepliwości krwi poprzez hamowanie wytwarzania trombiny i/lub inaktywację trombiny już wytworzonej.

Najważniejszym przedstawicielem tej grupy leków przeciwzakrzepowych jest heparyna (Coeparin, Heparinum). Związek występuje fizjologicznie w zasadobłonnych ziarnistościach komórek tucznych, z których uwalniany jest przy ich rozpadzie. Jego zadaniem jest zapobieganie powstawaniu skrzepów w łożysku naczyniowym. Ponadto przyspiesza rozkład lipoprotein i zmniejsza odczynowość immunologiczną.

Heparyna hamuje ponadto agregację płytek krwi. Podawana jest dożylnie i podskórną, gdyż przy podaniu doustnym ulega unieczynnieniu w przewodzie pokarmowym. Przedawkowanie heparyny może skutkować skazą krwotoczną (odtrutka – siarczan protaminy). Działaniem niepożądanym może być też osteoporoza, niewydolność nadnerczy oraz wczesna i późna trombocytopenia. Należy też zauważyć, że heparyna jest jedynym lekiem zmniejszającym krzepliwość krwi, który może być podany kobiecie w ciąży. Lek bywa również stosowany w formie preparatów do podania miejscowego głównie żeli (Heparizen, Lotion 1000). Jest też składnikiem wielu preparatów złożonych, np. Aescin, Cepan, Contratubex, Esceven.

Nowymi związkami należącymi do leków antytrombinowych są heparyny drobnocząsteczkowe (frakcjonowane). Otrzymuje

się je w wyniku chemicznej lub enzymatycznej depolimeryzacji heparyny klasycznej (niefrakcjonowanej). Leki te wydają się być nie tylko wygodniejsze w stosowaniu, ale i bardziej skuteczne. Ich przeciwzakrzepowe działanie wynika głównie z hamowania aktywności czynnika Xa, jest zatem bardziej wybiórcze. W mniejszym stopniu niż heparyna niefrakcjonowana zmniejszają aktywność antytrombiny III i inaktywują czynnik IIa. Słabiej hamują też agregację płytek krwi.

Wskazaniem do podania heparyn małowcząsteczkowych jest zapobieganie zakrzepom w stanach zakrzepowo-zatorowych oraz przed i po zabiegach chirurgicznych. Leki te podawane są wyłącznie podskórną, zwykle w okolicę przednio-boczną powłok jamy brzusznej. Co istotne w przeciwieństwie do heparyny klasycznej ich stosowanie nie wymaga kontroli parametrów krzepnięcia. Działania niepożądane związane z leczeniem przy pomocy heparyn drobnocząsteczkowych są takie jak w przypadku preparatów heparyny niefrakcjonowanej. Obecnie w Polsce zarejestrowane są preparaty nadroparyny (Fraxiparine, Fraxodi), enoksaparyny (Clexane), dalteparyny (Fragmin), rewiparyny (Clivarin), parnaparyny (Fluxum) i bemiparyny (Zib)

W przypadku zakrzepicy postępowanie lecznicze przeważnie ma na celu zahamowanie układu krzepnięcia, co zapobiega wytwarzaniu skrzepów, jednocześnie jednak zwiększa skłonność do krwawienia. Niestety nie ma obecnie metod pozwalających wybiórczo zmniejszać skłonność do tworzenia zakrzepów jedynie w wybranych obszarach organizmu - leczenie upośledza cały układ krzepnięcia. Leczenie polegające na rozpuszczaniu skrzepelin, tzw. leczenie fibrynolityczne, stosuje się rzadko i ogranicza się je do ściśle określonych przypadków.

### WSKAZANIA DO LECZENIA PRZECIWKZRZEPOWEGO

Doustne leki przeciwzakrzepowe, zmniejszając krzepliwość krwi, ograniczają ryzyko tworzenia się w naczyniach krwionośnych i sercu szkodliwych skrzepelin (zakrzepów). Leki te bywają także stosowane w celu rozpuszczenia już istniejących skrzepelin.

Najczęściej doustne leki przeciwzakrzepowe stosuje się, aby zapobiec powiększaniu się skrzepelin w zakrzepicy żyłnej. Przyjmuje się je również po przebytej zatorowości płucnej oraz w kardiologii - zapobiegawczo w kardiologii u pacjentów z zaburzeniami rytmu serca określanymi jako napadowe i utrwalone migotanie przedsionków. W tych przypadkach celem leczenia jest uniknięcie tworzenia się skrzepelin w jamach serca. Leki te stosuje się również u pacjentów po kardiochirurgicznych zabiegach wszczepienia sztucznych zastawek serca.

Doustne leki przeciwzakrzepowe, częściej niż inne grupy leków, powodują powikłania wymagające pobytu w szpitalu - szczególnie jeżeli nie są stosowane starannie, zgodnie z zaleceniami lekarza. Leki przeciwzakrzepowe są jednak lekami, których często nie da się zastąpić i nierzadko ratują choremu życie. Aby ich stosowanie było skuteczne i bezpieczne, konieczna jest ścisła współpraca pacjenta z lekarzem oraz edukacja chorego i jego bliskich. Ważne jest, aby każda leczona osoba rozumiała, na jakiej zasadzie działają te leki oraz na czym polega laboratoryjne monitorowanie leczenia.

Najczęstsze wskazania do stosowania leków przeciwkrzepliwych:

- leczenie i profilaktyka żyłnej choroby zakrzepowo-zatoro-



- wej i zatorowości płucnej
- zaburzenia rytmu serca (migotanie przedsionków)
- stan po operacjach wszczepienia sztucznych zastawek serca
- obecność przyściennych skrzepin w jednej z jam serca
- stan po wszczepieniu niektórych protez naczyniowych
- niektóre postaci nadmiernej krzepliwości krwi tzw. trombofilii
- zakrzepica tętnic (najczęściej kończyn dolnych).

Początkowo, zwykle przez 5–10 dni zakrzepić i zatorowość płucną zwykle leczy się heparyną. Leczenie lekami doustnymi rozpoczyna się jeszcze w trakcie podawania wlewów dożylnych heparyny. Jest to spowodowane przejściowym paradoksalnym działaniem pro-zakrzepowym (nasilającym krzepnięcie) leków doustnych, który niwelowany jest jednoczesnym podawaniem heparyny. Po uzyskaniu pożądanego stopnia zahamowania układu krzepnięcia, co ocenia się na podstawie pomiaru wskaźnika INR heparynę się odstawia i kontynuuje się leczenie lekami doustnymi. Na podstawie pomiarów INR, początkowo częstych (nawet co kilka dni), lekarz dobiera właściwą dawkę leku. Nie można jej ustalić z góry, gdyż każdy chory ma nieco inną wrażliwość, dlatego dawka zawsze jest dobierana indywidualnie. Ilość przyjmowanego dziennie leku również nie musi codziennie być taka sama. Lekarz może zaproponować inne dawkowanie np. w dni parzyste, a inne w dni nieparzyste. Skuteczne leczenie wymaga więc dużej uważności i staranności ze strony pacjenta

#### Pomiar wskaźnika INR

U osób zdrowych, nie przyjmujących leków przeciwkrzepliwych, poziom INR wynosi w przybliżeniu 1 (0,8-1,2). U osób leczonych lekarz tak dobiera dawkę, by wskaźnik INR wzrósł do 2,0-3 - określany jest wówczas jako wskaźnik „terapeutyczny”. W indywidualnych przypadkach może być wyższy, ale o tym decyduje każdorazowo lekarz. Wskaźnik INR powyżej 5 z reguły świadczy o przedawkowaniu leku - wymaga zmniejszenia dawkowania oraz kontaktu z lekarzem. Zbyt niski wskaźnik INR (<2) z kolei świadczy o niedostatecznej dawce leku, co może grozić nawrotem zakrzepicy i wymaga zwiększenia dawkowania.

Częstość pomiaru wskaźnika jest różna. Początkowo, przy rozpoczynaniu leczenia, INR oznacza się często, co kilka dni. Po uzyskaniu zadowalającego poziomu INR oznacza się go coraz rzadziej - co tydzień, następnie co 2 tygodnie, po czym przeważnie co 3–4 tygodnie (pod warunkiem, że jest on stabilny, czyli przepisane dawkowanie leku jest właściwe).

#### Uwagi praktyczne

Lek należy przyjmować raz dziennie o stałej porze. Jeżeli minęła pora przyjęcia leku, należy go przyjąć jak najszybciej; jeśli do przyjęcia kolejnej dawki zostało niewiele czasu, nie należy przyjmować opuszczonej dawki, tylko następną o zwykłej porze. Nigdy nie należy „sumować” zapomnianych dawek.

#### INTER REAKCJE Z INNYMI LEKAMI I SUBSTANCJAMI

Lista leków, które mogą nasilać lub osłabiać działanie leków przeciwkrzepliwych jest bardzo długa i każdorazowo należy się upewnić, czy dany lek można bezpiecznie stosować. Do najpopularniejszych leków nasilających działanie leków przeciwkrzepliwych należą niemal wszystkie popularne leki

przeciwzapalne i przeciwbólowe, jak kwas acetylosalicylowy (Aspiryna, Enteric, Acard, Polocard), ibuprofen, Voltaren, Mydocalm itp. Jedynym pod tym względem bezpiecznym lekiem jest paracetamol (Apap, Efferalgan), jednak należy zwrócić uwagę na skład preparatów złożonych. Nasilać działanie leków przeciwkrzepliwych mogą również antybiotyki, które stosowane przez dłuższy czas zabijają drobnoustroje bytujące w jelitach człowieka, które są dostarczycielami witaminy K.

Noś przy sobie informację o leczeniu.

Bardzo dobrym zwyczajem jest noszenie przy sobie (w dokumentach osobistych) informacji o leczeniu przeciwkrzepliwym, nazwie i dawkowaniu stosowanego preparatu oraz prowadzenie starannej dokumentacji kolejnych pomiarów INR. Wykres z kolejnych pomiarów ułatwia lekarzowi dobranie odpowiedniej dawki. Po jakimś czasie pacjent zwykle sam potrafi zmodyfikować dawkowanie, obserwując swój wykres.

#### Ważne

- Doustnymi lekami przeciwkrzepliwymi stosowanymi w Polsce są acenokumarol i warfaryna
- Przyjmuj zleconą przez lekarza dawkę leku zawsze o stałej porze.
- Nie sumuj dawek pominiętych, gdyż prowadzi to do niebezpiecznej kumulacji leku we krwi.
- W trakcie leczenia kontroluj INR przynajmniej raz w miesiącu (lub częściej, jeżeli jest on zbyt niski lub zbyt wysoki). Zapamiętaj, jaki powinien być Twój INR w czasie leczenia.
- W trakcie leczenia unikaj urazów, szczególnie głowy, klatki piersiowej i jamy brzusznej.
- Nie zażywaj żadnych nowych leków bez porozumienia z lekarzem, zwłaszcza niebezpieczne są dla Ciebie: aspiryna, leki przeciwbólowe oraz antybiotyki. W razie konieczności możesz zażyć paracetamol (preparaty bez dodatków).
- nie zażywaj żadnych nowych leków bez porozumienia z lekarzem. szczególnie niebezpieczne są dla Ciebie: aspiryna, leki przeciwbólowe oraz antybiotyki. w razie konieczności możesz zażyć paracetamol (preparaty bez dodatków)
- Spożywaj zawsze podobną ilość mięsa, warzyw i owoców. Gwałtowne zmiany diety wpływają na poziom wskaźnika INR.
- W trakcie leczenia nie spożywaj alkoholu, gdyż nasila on działanie leku i może spowodować krwawienie.
- W razie pojawienia się jakiegokolwiek krwawienia, np. z dziąseł, nosa, krwi w moczu, niezwłocznie skonsultuj się z lekarzem i zgłoś na oznaczenie INR.
- Noś przy sobie informację o leczeniu przeciwkrzepliwym np. w portfelu lub bransoletkę z informacją. Koniecznie dołącz do niej dokument z oznaczoną grupą krwi.
- Jeśli jesteś w ciąży lub ją planujesz, koniecznie poinformuj o tym lekarza. ■

Bożena Przybyłowicz

## Zabiegi laparoskopowe – powikłania

Zabiegi laparoskopowe w chirurgii ogólnej są wyrazem postępu naukowo technicznego człowieka. Instrumentarium do zabiegów laparoskopowych składa się z systemu obrazowania i wytwarzania odmy otrzewnowej oraz laparoskopowych instrumentów operacyjnych i pomocniczych.

Gama zabiegów laparoskopowych w chirurgii ogólnej jest duża i może mieć charakter diagnostyczny, zabiegowy bądź konwersyjny. Ze względu na minimalną inwazyjność zabiegi laparoskopowe stały się standardem „chirurgii jednego dnia”

Konsultacja anestezjologiczna jest elementem przygotowania pacjenta do znieczulenia ogólnego.

Pielęgniarka anestezjologiczna sprawuje opiekę holistyczną nad pacjentem w obrębie bloku operacyjnego i sali wybudzeń. Nadzór i monitorowanie podstawowych funkcji życiowych pacjenta stanowi o bezpieczeństwie i niweluje wiele groźnych powikłań chirurgiczno-anestezjologicznych.

### Laparoskopia

Laparoskopia diagnostyczna

Ma zastosowanie w diagnostyce:

- chorób wątroby
- urazów jamy brzusznej
- niewyjaśnionych bólów jamy brzusznej
- zaawansowanej choroby nowotworowej przed planowym, radykalnym leczeniem operacyjnym

### Laparoskopia zabiegowa

Na początku wprowadzenia techniki laparoskopowej kwalifikowanie pacjentów było ograniczone i podyktowane ostrożnością.

Przeciwwskazania do zabiegów laparoskopowych stanowiły:

- wcześniejsze operacje w obrębie jamy brzusznej
- zrosty pozapalne
- ciąża
- otyłość

Obecnie te czynniki utrudniają laparoskopię a czasami uniemożliwiają wykonanie zabiegu tą techniką.

### Rodzaje zabiegów laparoskopowych:

- cholecysektomia
- usunięcie złogów z przewodu żółciowego wspólnego
- usunięcie wyrostka robaczkowego
- leczenie choroby refluksyjnej
- chirurgiczne leczenie nadmiernej otyłości
- adrenaektomia
- wycięcie śledziony
- operacje przepuklin pachwinowych
- operacje jelit z powodu raka
- operacje wewnątrz przewodu pokarmowego [1;2]

### Cholecysektomia

Kwalifikacja pacjentów z kamicą pęcherzykową do cholecysektomii laparoskopowej powinna odbywać się po rozważeniu, czy korzyści płynące z zabiegu przewyższają ryzyko możliwych powikłań. Według W. Kostkiewicza obecnie w Polsce 70-90% cholecysektomii wykonuje się techniką laparoskopową.

Po wypreparowaniu anatomicznych struktur trójkąta Calota na przewód pęcherzykowy zakłada się dwa klipsy i przecina między nimi. Podobnie czyni się z tętnicą pęcherzykową. Elektrokoagulacja podłączona do haczyków, preparatorów i nożyczek pozwala na preparowanie pęcherzyka żółciowego od łożyska wątrobowego. Pęcherzyk z jamy brzusznej wydobywa się przed otwór po trokarze w okolicy pępka.

### Usunięcie złogów z przewodu żółciowego wspólnego

Śródoperacyjna cholangiografia lub śródoperacyjna ultrasonografia stanowią bazę diagnostyczną. „Kontrolę prze-

wodu żółciowego wspólnego wykonuje się przez przewód pęcherzykowy lub bezpośrednią laparoskopową choledochotomię”

Użycie giętkiego choledochoskopu i koszyczka Dormina lub cewnika Forgaty'ego ułatwia usunięcie złogów. Poszerzony przewód pęcherzykowy i możliwość wystąpienia obrzęku są wskazaniem przemawiającym za użyciem pętli lub podwiązki do zamknięcia. Klipsy mogą stwarzać ryzyko wycieku żółci z niecałkowicie zamkniętego kikutu przewodu pęcherzykowego. Laparoskopowa choledochotomia zbliżona jest do klasycznego otwarcia przewodu żółciowego wspólnego. Według W. Kostkiewicza u ponad 90% operowanych usunięcie złogów z dróg żółciowych determinują:

- laparoskopowe umiejętności chirurga
- dostęp do właściwego instrumentarium
- możliwość pooperacyjnej endoskopowej wczesnej cholangiopankreatografii

### Usunięcie wyrostka robaczkowego

Według W. Kostkiewicza laparoskopowe usunięcie wyrostka robaczkowego preferuje się zwłaszcza u chorych, u których istnieją wątpliwości co do rzeczywistej przyczyny dolegliwości w prawym dole biodrowym. Operacja rozpoczyna się wytworzeniem odmy otrzewnowej, wprowadzeniem trzech trokarów i odszukaniem wyrostka robaczkowego. Grubość krezki i stopień jej nacieczenia decydują o zastosowaniu podwiązania wraz z tętnicą lub zaopatrzenia staplerem. Tętnice po izolacji można klipsować. Wyrostek robaczkowy podwiązuje się dwa razy od strony kątnicy i jeden raz obwodowo, a potem odcina. Odcięty wyrostek robaczkowy usuwa się przez otwór po trokarze, chroniąc przed zakażeniem jamę brzuszną. Zakątnicze położenie wyrostka robaczkowego może sprawiać problemy diagnostyczne i laparoskopowego leczenia ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

### Leczenie choroby refluksyjnej

Operacja polega na:

- wypreparowaniu i zeszcyciu odnog przepony, co zmniejsza światło rozworu przełykowego.
- fundoplikacja sposobem Nissena, gdzie wytwarza się mankiet z tylnej i przedniej ściany dna żołądka.

Metodą laparoskopową można operować przepukliny okołoprzełykowe i wykonać przecięcie warstwy mięśniowej, w przypadku kurczu wpustu- miotomia sposobem Hellera.

### Chirurgiczne leczenie nadmiernej otyłości

Leczenie tą metodą stanowi alternatywę klasycznej operacji. Na żołądek zakłada się silikonową obręcz i wykonuje się pionową plastykę żołądka co zmniejsza jego pojemność.

### Adrenaektomia

Operacje laparoskopowe nadnerczy wykonuje się przez dostęp przezotrzewnowy przedni i boczny oraz zaotrzewnowy tylny i boczny.

Czynniki decydujące o dostępie to:

- wielkość, umiejscowienie i typ guza nadnerczy
- stan ogólny pacjenta
- doświadczenie chirurga

W przypadku guzów hormonalnie czynnych konieczna jest ocena wewnątrzotrzewnowa.

U pacjentów po operacjach brzusznych i z guzami nadnerczy o średnicy nie przekraczającej 5 cm wskazany jest dostęp pozaotrzewnowy. Guzy o średnicy powyżej 6 cm wiążą się z dużą złożiwością i sprawiają trudności operacyjne, w związku z czym przemawia to za odstąpieniem od metody laparoskopowej operacji.

### Wycięcie śledziony

Metoda laparoskopowa jest zalecana gdy wielkość śledziony wynosi 11 cm lub jest umiarkowanie powiększona w granicach od 11 do 20 cm. „U chorych ze splenomegalią

zalecane może być laparoskopowe operowanie za pomocą ręki wprowadzonej przez kilkucentymetrową laparotomię (7-7,5 cm) w prawym podbrzuszu.

### Operacje przepuklin pachwinowych

Operacje mogą odbywać się z dostępu całkowicie przedotrzewnowego i przedotrzewnowego przez jamę brzuszną. Balon rozwarstwiający konieczny jest przy dostępie całkowicie przedotrzewnowym. Po usunięciu balonu zostaje wytworzona przestrzeń, celem wprowadzenia trokarów i założenia siatki.

Operacja przedotrzewnowa z dostępu przez jamę brzuszną polega na nacięciu otrzewnej, wypreparowaniu worka przepuklinowego, przymocowaniu staplerem siatki do wrót przepukliny i pokryciu wcześniej odpreparowaną otrzewną.

### Operacje jelit z powodu raka

Operacje laparoskopowe nowotworów jelit budzą burzliwą dyskusję z powodu charakteru nowotworów i wznowy w miejscu wprowadzenia trokarów. Obecnie uważa się, że metodą laparoskopową mogą być wykonane operacje jelit z powodu zmian łagodnych.

### Operacje wewnątrz przewodu pokarmowego

Pod kontrolą gastrofiberoskopu wprowadza się przez jamę brzuszną do żołądka narzędzia laparoskopowe, celem usunięcia łagodnego guza ze światła żołądka lub podkucia krwawiącego wrzodu żołądka.

Według W. Kostewicza: „Zamiana operacji laparoskopowej na otwartą (konwersja) nie jest powikłaniem lecz słuszną decyzją chirurga podjętą w celu uchronienia chorego, właśnie przed ewentualnością wystąpienia powikłań”

Konwersje wymuszone są powikłaniami śródoperacyjnymi, których chirurg nie jest w stanie wyeliminować metodą laparoskopową. Najczęstszymi powikłaniami są:

- obfite krwawienie
- uszkodzenie dróg żółciowych
- uszkodzenie sąsiednich narządów
- przedziurawienie przepony

„Przed operacją należy uprzedzić chorego o ryzyku i możliwości wystąpienia powikłań, a zwłaszcza o możliwości zmiany operacji laparoskopowych na klasyczną (konwersja). Konieczne jest uzyskanie zgody chorego na operację klasyczną (otwartą) w przypadku gdy operacja laparoskopowa nie będzie możliwa do wykonania”

Konwersje planowe wynikają z:

- niekorzystnych warunków anatomicznych
- masywnych zrostów
- znacznego stanu zapalnego

### Powikłania w chirurgii laparoskopowej

Przyczyny powikłań w chirurgii laparoskopowej wynikają:

- ze złej kwalifikacji chorych do operacji
- z wytworzenia odmy otrzewnowej oraz z wprowadzenia trokarów do jamy brzusznej
- z techniki samej operacji laparoskopowej, a zwłaszcza z manipulacji narzędziami laparoskopowymi i stosowania energii cieplnej

### Powikłania śródoperacyjne

Do powikłań śródoperacyjnych zalicza się:

- podanie w powłoki brzuszne dwutlenku węgla
- powikłania z wytworzenia odmy otrzewnowej
- krwawienia
- uszkodzenie przewodu pokarmowego

### Podanie w powłoki brzuszne dwutlenku węgla

Efektom podażi dwutlenku węgla w powłoki brzuszne jest rozedma podskórna, objawiająca się trzeszczeniem przy badaniu palpacyjnym powłok.

### Powikłania z wytworzenia odmy otrzewnowej

Uboycznymi skutkami wytworzenia odmy otrzewnowej są:

- ucisk na żyłę główną, dolną

- zmniejszenie powrotu krwi żyłnej
  - obniżenie rzutu minutowego serca
  - spadek ciśnienia tętniczego krwi
  - przyspieszenie akcji serca
  - odma opłucnowa
  - odma śródpiersiowa
  - odma podskórna
  - zator gazowy
  - hiperkapnia
- Profilaktyka ubocznych skutków wytwarzania odmy otrzewnowej polega na:
- wytwarzaniu odmy otrzewnowej techniką otwartą
  - skracaniu czasu odmy otrzewnowej
  - zmniejszaniu ciśnienia gazu
  - operacji bez użycia dwutlenku węgla i wytwarzania odmy otrzewnowej

### Krwawienia

Uszkodzone mogą być naczynia nadbrzuszne. Skutecznymi metodami zatrzymania krwawienia są:

- założenie w miejscu wkłucia przez całą grubość powłoki brzusznej szwu
- wprowadzenie cewnika Foley'a do otworu po trokarze, wypełnienie balonu i podciągnięcie do powłok brzusznych, aby ucisnąć krwawiące naczynia.

Najczęściej narażone na uszkodzenia są duże naczynia:

- aorta brzuszna
- tętnice i żyły biodrowe

Zwykle uszkodzenia mają miejsce przy wprowadzaniu pierwszego trokaru. Krwawienia z dużych naczyń są najbardziej dramatycznymi powikłaniami w chirurgii laparoskopowej i wymagają natychmiastowego otwarcia jamy brzusznej. Według W. Kostewicza dochodzi do nich u 0,01-0,1% operowanych

### Uszkodzenie przewodu pokarmowego

Częste powikłania u chorych po wcześniejszych operacjach, u których jelito cienkie zrasta się z przednią ścianą jamy brzusznej. Nakłucie jelita nie wymaga leczenia chirurgicznego. Wskazana jest obserwacja. W przypadku większego uszkodzenia jelita należy wykonać laparotomię. Powikłanie to występuje u 0,06-0,4 % operowanych według W. Kostewicza.

### Powikłania pooperacyjne

Odsetek powikłań po operacjach laparoskopowych nie odbiega znacznie od powikłań po operacjach klasycznych.

Powikłaniami pooperacyjnymi po zabiegach laparoskopowych są:

- krwawienie
- zapalenie otrzewnej
- ropnie wewnątrzbrzuszne
- ropienie ran pooperacyjnych
- przepukliny w bliźnie pooperacyjnej

Powikłaniami ogólnymi po zabiegach laparoskopowych są:

- obrzęk płuc
- zapalenie płuc
- niewydolność krążenia
- choroba zakrzepowo-zatorowa

Powikłania ogólne po zabiegach laparoskopowych zdarzają się rzadziej, niż po zabiegach wykonanych metodą klasyczną.

Specyficznym powikłaniem po zabiegach laparoskopowych jest ból barków. Ból łagodnieje po zastosowaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych i ustępuje samoistnie po 24-28 godzinach po zabiegu. ■

Gorzowska Mariola



**NOWOŚCI ZAKUPIONE DO ZBIORÓW BIBLIOTEKI  
OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W CZĘSTOCHOWIE**

<b>TYTUŁ</b>	<b>AUTOR</b>	<b>NR INW.</b>
Metody łagodzenia bólu podczas porodu	Sanjay Datta	670 , 671
Onkologia i hematologia dziecięca	Alicja Chybcika, Krystyna Rawicz-Birkowska	672 , 673
Diabetologia kliniczna	Jan Tatoń, Anna Czech, Małgorzata Bernas	674
Epidemiologia w zdrowiu publicznym	Jerzy Bzdęga , Anita Gębska-Kuczerowska	675
Wybrane zalecenia postępowania w anestezjologii	Ewa Mayzner-Zawadzka , Dariusz Kosson	676 , 677
Choroba Alzheimerera	Tadeusz Parnowski	678 , 679
Żywnienie chorych ze stomią	Mirosław Jarosz	680 , 681
Żywnienie w niedokrwistościach	Zofia Wieczorek-Chełmińska	681 , 682
Hematologia w praktyce	Kazimierz Sułek , Ewa Wąsak-Szulowska	684
Endokrynologia w praktyce klinicznej. Diagnostyka i leczenie.	Frank Herrmann, Peter Mülle, Tobiasz Lohmann	685
Hematologia kliniczna	Drew Provan , Charles R.J. Singer , Trevor Baglin , John Lilleyman	686
Zarys Historii Zawodu Położnej	Eleonora Matuszewska	687 , 688
Podstawy Neonatologii. Podręcznik dla studentów	Janusz Gadzinowski , Marta Szymankiewicz	669
Neonatologia . Wybrane zagadnienia	Agnieszka Kordek	700

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

Zamówienia telefoniczne:  
tel. 34 365 16 86  
**DOSTAWA GRATIS**

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

**UPRZEJMIIE INFORMUJEMY ŻE:**

- **POSIADAMY JUŻ W SPRZEDAŻY NOWE REKUSY (OBOWIĄZKOWE OD STYCZNIA 2013)**
- **DRUKUJEMY RECEPTY Z KODAMI KRESKOWYMI: REGON-u I PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU (OBOWIĄZKOWE OD STYCZNIA 2013)**



# IGIEŁKI

Fundacja Rozwoju Pielęgniarstwa Polskiego



szczególony na:

[www.frpp.org.pl](http://www.frpp.org.pl)

## NOWE CZASOPISMO PIELEŃNIARSKIE NA RYNKU POLSKIM

SERDECZNIE ZAPRASZAMY!

idea jego jest umożliwienie pielęgniarkom, pielęgniarzom, studentom, nauczycielom, osobom zarządzającym, zaangażowanym w pielęgniarstwie mówienie własnym głosem o swoich sprawach,

- ✓ celem czasopisma jest promocja talentów zawodowych i osobistych, a także wspieranie dążeń ludzi do intelektualnej samorealizacji,

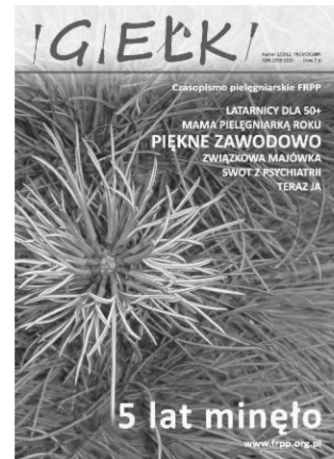
dla tych, którzy czytają i pragną do nas napisać!

- ✓ chcemy tworzyć razem nasz zawodowy świat i razem za niego odpowiadać

tutaj chcemy się wzajemnie wspierać, wpływać na jakość naszej pracy, nasz wizerunek

- ✓ będziemy platformą wymiany dobrej informacji dla bezpieczeństwa pacjenta i naszej pracy,

Ty też możesz mieć wpływ na swój zawód! Napisz do nas!



### Egzamin Państwowy ze Specjalizacji w Dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki

W dniu 20 listopada 2012 roku w Warszawie odbył się Egzamin Państwowy Specjalizacji z Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki prowadzonej przez „Spółdzielnię Pracy” Oświata w Częstochowie. W specjalizacji uczestniczyło i do egzaminu państwowego przystąpiło 35 osób:

- |                          |                            |
|--------------------------|----------------------------|
| 1. Mariola Kamyk         | 19. Małgorzata Krzemińska  |
| 2. Barbara Wróż          | 20. Agnieszka Adamowska    |
| 3. Izabela Sukiennik     | 21. Edyta Arkuszewska      |
| 4. Anna Zamożna          | 22. Barbara Grzegorzczak   |
| 5. Dorota Łęgowik        | 23. Monika Zychowska       |
| 6. Barbara Bromek        | 24. Anna Sadawa            |
| 7. Anna Bera             | 25. Dorota Kaleta          |
| 8. Danuta Leśniak        | 26. Alina Bernaś           |
| 9. Wioletta Marczak      | 27. Barbara Panicz         |
| 10. Elżbieta Krzysińska  | 28. Anna Kumańska          |
| 11. Anna Goc             | 29. Aleksandra Jerzowska   |
| 12. Iwona Fronczak       | 30. Barbara Skuza          |
| 13. Katarzyna Chuda      | 31. Bożena Gaworska        |
| 14. Aneta Szymczak       | 32. Ewa Michalak Nowicka   |
| 15. Dorota Szmit         | 33. Alicja Pluta           |
| 16. Aleksandra Mastalerz | 34. Dorota Kmieć           |
| 17. Ewa Sztandera        | 35. Magdalena Tarnarzewska |
| 18. Elżbieta Zatoń       |                            |

Serdecznie gratulujemy osiągniętego wyniku i zdanego egzaminu Paniom Specjalistkom. ■

### Egzamin Państwowy ze Specjalizacji w Dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej

W dniu 9 listopada 2012 roku w Warszawie odbył się Egzamin Państwowy Specjalizacji z Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej prowadzonej przez „Spółdzielnię Pracy Oświata w Częstochowie. W specjalizacji uczestniczyło i do egzaminu państwowego przystąpiło 35 osób:

- |                        |                            |
|------------------------|----------------------------|
| 1. Karina Kubicka      | 19. Renata Pluta           |
| 2. Agata Fikus         | 20. Dorota Kamczewska      |
| 3. Iwona Szczylik      | 21. Małgorzata Zduńkowska  |
| 4. Ewa Nowak           | 22. Beata Rochowska        |
| 5. Teresa Radek        | 23. Alicja Wronkowska      |
| 6. Krystyna Wróbel     | 24. Iwona Babij            |
| 7. Małgorzata Szewczyk | 25. Bożena Boborowska      |
| 8. Monika Bogdalska    | 26. Agnieszka Polackiewicz |
| 9. Ilona Cierpień      | 27. Agata Lupa             |
| 10. Elżbieta Baryłka   | 28. Iwona Szmajdzińska     |
| 11. Wioletta Plaskacz  | 29. Katarzyna Bednarska    |
| 12. Ewa Czajka         | 30. Bogusława Barszcz      |
| 13. Renata Wieczorek   | 31. Aneta Borowska         |
| 14. Wiesława Rogowicz  | 32. Magdalena Kowalczyk    |
| 15. Ewa Skrońska       | 33. Ewa Bulińska           |
| 16. Veronica Chudzik   | 34. Renata Malczewska      |
| 17. Barbara Potrawka   | 35. Halina Herman          |
| 18. Agata Ciesielska   |                            |

Serdecznie gratulujemy osiągniętego wyniku i zdanego egzaminu Paniom Specjalistkom. ■



# Praca w Niemczech

Drogie Panie Pielęgniarki, bardzo potrzebujemy Waszej wiedzy i doświadczenia w kierunkach: anestezjologia i intensywna terapia oraz innych. Szukamy pomocy w obsadzeniu atrakcyjnych stanowisk.

Zatrudnimy Panie na wspaniałych warunkach w znanych tylko nam mniejszych i średnich Szpitalach i Klinikach Rehabilitacyjnych na terenie Niemiec z bardzo dobrą koleżeńską atmosferą.

Gwarantujemy pomoc w załatwieniu wszelkich formalności.

Potrzebna jest znajomość języka niemieckiego na poziomie B1 (certyfikat).

SHR International

Berlin-Hamburg-Fulda

Przedstawiciel w Polsce:

Dr Roland Jeluk mobile phone: +48618133374

e-mail: jarek514@op.pl

## GODZINY PRACY BIURA OIPI

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

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

# Konferencja „Społeczny wymiar psychiatrii”

Urząd Miasta Częstochowy, 27 listopada 2012r



## Egzamin Państwowy

W dniu 9 listopada 2012 roku w Warszawie odbył się Egzamin Państwowy Specjalizacji z Pielęgniarstwa Opieki Długoterminowej prowadzonej przez „Spółdzielnię Pracy” Oświata w Częstochowie.



Kurs dokształcający dla pielęgniarek i położnych  
**„Leczenie Ran przewlekłych”**  
Hotel Mercure Częstochowa, 27-28 listopada 2012r



Egzamin końcowy  
Kurs specjalistyczny dla pielęgniarek  
**„Leczenie ran”** Nr 11/07 III edycja  
Ośrodek Szkoleniowy przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych  
w Częstochowie - 29 listopada 2012r

