



Szczęśliwego

Nowego Roku

Wokół
Biuletyn informacyjny nr 78
Czepka



STANOWISKO	IMIĘ I NAZWISKO	ADRES E-MAIL
Przewodnicząca ORPiP	mgr Małgorzata Sokulska	przewodniczaca@orpip.radom.pl
Sekretarz ORPiP	mgr Barbara Tusińska	sekretarz@orpip.radom.pl
St. specjalista ds rejestru	mgr Agnieszka Gozdur	rejestr@orpip.radom.pl
Specjalista ds administracyjno - biurowych	Jolanta Jasiuk	administracja@orpip.radom.pl
St. specjalista ds szkoleniowych	mgr Diana Wiśniewska - Janas	szkolenia@orpip.radom.pl

HARMONOGRAM POSIEDZEŃ OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH I PREZYDIUM ORPIP NA ROK 2024

Lp.	Planowany termin	Gremium
1	19 styczeń - piątek	ORPiP
2	16 lutego - piątek	Prezydium
3	15 marca - piątek	ORPiP
4	19 kwietnia - piątek	Prezydium
5	24 maja - piątek	Prezydium
6	7 czerwca - piątek	ORPiP
7	5 lipca - piątek	Prezydium
8	9 sierpnia - piątek	Prezydium
9	17 września - wtorek	Prezydium
10	11 października - piątek	ORPiP
11	15 listopada - piątek	Prezydium
12	13 grudnia - piątek	ORPiP

WOKÓŁ CZEPKA
Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Adres Redakcji: 26-600 Radom, ul. Paderewskiego 15 tel./fax 48 360 69 60 e-mail: orpip@orpip.radom.pl www.orpip.radom.pl Redaktor Naczelna Małgorzata Sokulska Zespół Redakcyjny Diana Wiśniewska-Janias

DZIAŁY TEMATYCZNE: I. Na marginesie

I	NA MARGINESIE.....	3
II	AKTUALNOŚCI.....	4
III	WOKÓŁ SAMORZĄDU.....	4
IV	ZGODNIE Z PRAWEM.....	5
V	WARTO WIEDZIEĆ.....	12
VI	KONIECZNIE PRZECZYTAJ.....	31
VII	OGŁOSZENIA, PODZIĘKOWANIA.....	34
VIII	Z ŻAŁOBNEJ KARTY.....	37



Drogie Koleżanki , Koledzy

*Z okazji zbliżających się Świąt Bożego Narodzenia
życzę wszystkim pomyślności, niepowtarzalnej
atmosfery, ciepła, radości i pokoju.*

*Niech poczucie prywatnego i zawodowego
spełnienia towarzyszą Wam przez cały następny
Nowy 2025 Rok.*

*Wiele/wielu z Was będzie w wigilijny wieczór
i święta przy pacjentach. Pamiętajcie, że jesteście
dla tych ludzi i w tym czasie najbliższymi osobami.
Życzę, aby nigdy nie zabrakło Wam miłości,
zaufania i wsparcia. Przy pięknie ustrójonej choince
wśród bliskich przeżywajcie magię tych pięknych
radosnych świąt.*

*Raz jeszcze życzę dużo zdrowia i tego, by te święta
dawały wam dużo siły i odwagi, a nadchodzący
2025 Nowy Rok przyniósł spokój, stabilizację
oraz prawdziwą i zwyczajną ludzką życzliwość.
Wszystkiego co najlepsze na święta, oraz na każdy
dzień nadchodzącego Nowego Roku.*

*Małgorzata Sokulska
Przewodnicząca ORPiP*



II. Aktualności

03.10.2024 r. – Przewodnicząca OIPiP Małgorzata Sokulska wzięła udział w inauguracji roku akademickiego, na zaproszenie JM Rektora Uniwersytetu Radomskiego prof. dr hab. Sławomira Bukowskiego.

03.10.2024 r. – odbyło się spotkanie Zespołu „Jesiennych Klimatów” pod przewodnictwem Krystyny Ozimek, która wystąpiła w zastępstwie Przewodniczącej Zespołu Hanny Giełżeckiej.

11.10.2024 r. – odbyło się posiedzenie ORPiP pod przewodnictwem Małgorzaty Sokulskiej.

12.10.2024 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w inauguracji roku akademickiego w Europejskiej Uczelni Społeczno-Technicznej na zaproszenie Rektora EUS-T dr n. pr. Macieja Ferka.

14.10.2024 r. – Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu Komisji Etyki NRPiP w Warszawie.

15.10.2024 r. – Przewodnicząca ORPiP wzięła udział w konferencji Forum Zawodów Zaufania Publicznego, która odbyła się w Warszawie

17.10.2024 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska odbyła spotkanie z Dyrektorem RSPR panią Elżbietą Cieślak.

25.10.2024 r. – na Uniwersytecie Radomskim odbyła się uroczystość Dyplomatorium, w którym udział wzięła Przewodnicząca Małgorzata Sokulska.

05.11.2024 r. – odbył się Konwent Przewodniczących, w którym wzięła udział Małgorzata Sokulska.

7 – 8.11.2024 r. – odbyła się kontrola Ośrodka Szkoleniowego OIPiP w Radomiu. Kontroli dokonały: Anna Dudzińska – Przewodnicząca

Warszawskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz Katarzyna Florek – Przewodnicząca Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy.

07.11.2024 r. – odbyło się spotkanie Zespołu „Jesiennych Klimatów” pod przewodnictwem Krystyny Ozimek, która wystąpiła w zastępstwie Przewodniczącej Zespołu Hanny Giełżeckiej.

14.11.2024 r. – Przewodnicząca ORPiP wzięła udział w posiedzeniu Komisji Etyki NRPiP w Warszawie.

15.11.2024 r. – odbyło się posiedzenie Prezydium ORPiP pod przewodnictwem Małgorzaty Sokulskiej.

18.11.2024 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska spotkała się z pielęgniarkami DPS-ów.

18.11.2024 r. – w kościele Fary odbyła się Msza św. w intencji zmarłych pielęgniarek i położnych

24.11.2024 r. – w kościele pod wezwaniem św. Katarzyny o.o. Bernardynów w Radomiu odbyła się Msza św. w intencji zmarłych lekarzy oraz koncert jubileuszowy Chóru Medicantus z okazji 15- lecia istnienia.

26.11.2024 r. – Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Monika Urbańska oraz Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięły udział w szkoleniu w zakresie przeciwdziałania wykroczeniom zawodowym w Radomskim Centrum Onkologii.

28.11.2024 r. – w siedzibie OIPiP w Radomiu odbyło się spotkanie pielęgniarskiej kadry zarządzającej z Prezes NIPiP Mariolą Łodzińską, Przewodniczącą Komisji Etyki NRPiP i była Prezes NRPiP Zofią Małas oraz Przewodniczącą ORPiP w Radomiu Małgorzatą Sokulską.

03-05.11.2024 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w posiedzeniu NRPiP w Warszawie.

06.12.2024 r. – odbyło się spotkanie władz Europejskiej Uczelni Społeczno – Technicznej z Przewodniczącą ORPiP w Radomiu Małgorzatą Sokulską.

09.12.2024 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska wzięła udział w spotkaniu świątecznym na zaproszenie Dziekana Rady Okręgowej Izby Radców Prawnych w Warszawie.

10.12.2024 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska spotkała się w siedzibie OIPiP z Dyrektorem oraz Pielęgniarką Naczelną SPZ ZOZ w Pionkach

10.12.2024 r. – odbyło się posiedzenie Okręgowej Komisji Rewizyjnej której przewodniczyła Halina Frynas. Komisja przeprowadziła kontrolę w zakresie gospodarki finansowej.

11.12.2024 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska spotkała się z Kanclerz Radomskiej Szkoły Wyższej

11.12.2024 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska spotkała się z Katarzyną Ładno, dyrektorem TU Inter Polska w sprawie rozszerzenia oferty ubezpieczenia członków.

12.12.2024 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska uczestniczyła na zaproszenie władz Europejskiej Uczelni Społeczno-Technicznej w Radomiu w finale II Ogólnopolskiego Konkursu Krasomówczego,

13.12.2024 r. – Przewodnicząca Małgorzata Sokulska spotkała się z Dyrektorem Radomskiego Szpitala Specjalistycznego

13.12.2024 r. – Odbyło się posiedzenie ORPiP oraz wspólne spotkanie z organami ORPiP

III. Wokół samorządu

Z prac Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

W dniu 15 listopada 2024 roku odbyło się posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 477-480/VIII/2024 - w/s

stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwały nr 481-483/VIII/2024 - w/s wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwały nr 484-486/VIII/2024 - w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 487/VIII/2024 - w/s wykreślenia z rejestru położnych ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 488/VIII/2024 - w/s wydania zaświadczenia o posiadanych kwalifikacjach

Uchwała nr 489/VIII/2024 - w/s wygaszenia PWZ pielęgniarek/położnych z powodu zgonu

Uchwała nr 490/VIII/2024 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej.

Uchwała nr 491/VIII/2024 - w/s przyznania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę.

Uchwała nr 492/VIII/2024 - w/s dofinansowania udziału w turnusie rehabilitacyjno- leczniczym.

Uchwała nr 493/VIII/2024 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej finansowej.

Uchwała nr 494/VIII/2024 - w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwały nr 495-497/VIII/2024 - w/s odmowy dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 498/VIII/2024 - w/s wytypowania przedstawiciela ORPiP do komisji egzaminacyjnej kursu specjalistycznego

Uchwała nr 499/VIII/2024 - w/s powołania komisji i wytypowania przedstawicieli ORPiP do komisji konkursowych na stanowiska Pielęgniarek Oddziałowych w RSzS

Uchwała nr 500/VIII/2024 - w/s sfinansowania transportu pielęgniarek/ położnych – członków OZZPiP na protest w Warszawie w dniu 19.11.2024 r.

Uchwała nr 501/VIII/2024 - w/s zakupu dostępu do platformy IBUK Libra.

Uchwała nr 502/VIII/2024 - w/s rozszerzenia współpracy z firmą VanityStyle

W dniu 29 listopada 2024 roku odbyło się korespondencyjne posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwała nr 503/VIII/2024 - w/s wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

Z prac Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych:

W dniu 11 października 2024 roku odbyło się posiedzenie korespondencyjne Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, na którym podjęto następujące uchwały:

Uchwały nr 193-194/VIII/2024 - w/s stwierdzenia PWZ i wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 195/VIII/2024 - w/s stwierdzenia warunkowego PWZ dla obywatelki Ukrainy – Decyzja MZ.

Uchwały nr 196-198/VIII/2024 - w/s wpisu do rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 199/VIII/2024 - w/s wpisu do rejestru położnych ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 200/VIII/2024 - w/s wydania uchwały potwierdzającej posiadanie PWZ.

Uchwały nr 201-204/VIII/2024 - w/s wykreślenia z rejestru pielęgniarek ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 205/VIII/2024 - w/s wykreślenia z rejestru położnych ORPiP w Radomiu.

Uchwała nr 206/VIII/2024 - w/s wygaszenia PWZ pielęgniarki z powodu zgonu.

Uchwała nr 207/VIII/2024 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej.

Uchwała nr 208/VIII/2024 - w/s przyznania świadczenia w związku z przejściem na emeryturę.

Uchwała nr 209/VIII/2024 - w/s dofinansowania udziału w turnusie rehabilitacyjno- leczniczym.

Uchwały nr 210-212/VIII/2024 - w/s przyznania pomocy koleżeńskiej finansowej dla pielęgniarek/położnych z terenów powodzi.

Uchwała nr 213/VIII/2024 - w/s dofinansowania kształcenia podyplomowego.

Uchwała nr 214/VIII/2024 - w/s wytypowania przedstawiciela ORPiP do komisji egzaminacyjnej kursu kwalifikacyjnego.

Uchwała nr 215/VIII/2024 - w/s kierowania członków samorządu na turnusy rehabilitacyjno- lecznicze do Kołobrzegu.

Uchwała nr 216/VIII/2024 - w/s powołania komisji lekarskiej dla stwierdzenia zdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki.

Uchwała nr 217/VIII/2024 - w/s organizacji i finansowania uroczystego posiedzenia ORPiP oraz organów.

Uchwała nr 218/VIII/2024 - w/s zakupu kalendarzy dla członków samorządu.

Uchwała nr 219/VIII/2024 - w/s realizacji obsługi technicznej i serwisowej modułów systemu samorządu pielęgniarek i położnych.

Uchwała nr 220/VIII/2024 - w/s lokat bankowych.

IV. Zgodnie z prawem

PIELĘGNIARKI I POŁOŻNE – NOWE REGULACJE

Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2018 r. w sprawie wykazu substancji czynnych zawartych w lekach, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które mają prawo wystawiać skierowania pielęgniarki i położne obowiązująca od 15 czerwca 2024r. wprowadziła zmiany polegające na rozszerzeniu wykazu substancji czynnych zawartych w lekach i wyrobów medycznych ordynowanych przez pielęgniarki i położne oraz wykazu badań diagnostycznych, na które pielęgniarki i położne mają prawo wystawiać skierowania:

- wprowadzono możliwość udzielania świadczeń zdrowotnych

z zakresu profilaktyki chorób układu krążenia (ChUK) przez pielęgniarkę POZ, która będzie mogła wystawić skierowanie na badania diagnostyczne (tj.: stężenie we krwi cholesterolu całkowitego, LDL cholesterolu, HDL-cholesterolu, triglicerydów),

- rozszerzono wykaz substancji czynnych zawartych w lekach w grupie leków przeciwwrzaskowych stosowanych w chorobach dróg moczowych, które pielęgniarka i położna będzie mogła wypisać na receptę,

- dodano trzy nowe grupy leków:

- 1) leki stosowane do leczenia trudno gojących się ran, oparzeń,
- 2) szczepionki,
- 3) środki stosowane w antykoncepcji awaryjnej (położne),

- wprowadzono możliwość wystawiania skierowania na badania mikrobiologiczne (tj. test antygenowy w kierunku: SARS-CoV-2/

grypy A+B/RSV, strep-test, czy też CRP – szybki test ilościowy),

- wprowadzono możliwość wystawiania recept i zleceń na cewniki urologiczne niepowlekane oraz na wszystkie opatrunki wydawane w aptece na receptę,
- ujednolicono przepisy dotyczące wykazu wyrobów medycznych do ordynowania i zlecania przez pielęgniarki i położne z regulacjami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

[Ustawa o zmianie ustawy o Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego oraz niektórych innych ustaw uchwalaona na 21 posiedzeniu Sejmu w dniu 8 listopada 2024 r. i przekazana do podpisu Prezydenta RP](#)

Zmiany wprowadzone ww. ustawą do ustawy o CMKP:

1. połączenie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, które zapewni pielęgniarkom i położnym łatwiejszy dostęp do prowadzenia działalności naukowej, dydaktycznej oraz uczestnictwa w inicjowaniu i wspólnym prowadzeniu badań naukowych, a także ułatwi wymianę doświadczeń przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych,
2. zmiany nazwy jednostki oraz zmiany w zakresie działalności Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego wynikające z przeniesienia zadań w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych;
3. kandydat na dyrektora CMKP będzie wyłaniany przez komisję konkursową;
4. pielęgniarki i położne dołączą do zawodów, dla których CMKP może organizować i prowadzić kształcenie podyplomowe;

Zmiany wprowadzone ww. ustawą do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej:

1. połączenie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, które zapewni pielęgniarkom i położnym łatwiejszy dostęp do

prowadzenia działalności naukowej, dydaktycznej oraz uczestnictwa w inicjowaniu i wspólnym prowadzeniu badań naukowych, a także ułatwi wymianę doświadczeń przedstawicieli wszystkich zawodów medycznych,

2. rejestr podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe będzie prowadzony wyłącznie przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych. Obecnie rejestry są prowadzone przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych i 45 okręgowych izb pielęgniarek i położnych. Przyjęcie rozwiązania, zgodnie z którym organem prowadzącym rejestr jest Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych (NRPiP) pozwoli na ujednolicenie procedury wpisu do rejestru i monitorowanie realizacji kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. podmioty ubiegające się o prowadzenie kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych i kursów doksztalających, na etapie wpisów do rejestru, zostaną objęte szczegółową weryfikacją przez NRPiP. Organ rejestrowy już na etapie udzielania wpisu do rejestru będzie mógł weryfikować posiadanie przez organizatora kształcenia bazy dydaktycznej do realizacji staży określonych w programie kształcenia.
3. podmioty ubiegające się o prowadzenie kursów kwalifikacyjnych, kursów specjalistycznych i kursów doksztalających, na etapie wpisów do rejestru, zostaną objęte szczegółową weryfikacją przez NRPiP. Organ rejestrowy już na etapie udzielania wpisu do rejestru będzie mógł weryfikować posiadanie przez organizatora kształcenia bazy dydaktycznej do realizacji staży określonych w programie kształcenia.
4. warunkiem prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego dla pielęgniarek i położnych będzie posiadanie akredytacji dyrektora CMKP, co pozwoli na zapewnienie wysokiej jakości prowadzonych specjalizacji.

• **do ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi** wprowadzono przepis umożliwiający pielęgniarce i położnej wykonanie badania kwalifikacyjnego w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia ochronnego u dzieci powyżej 9 roku,

• **do ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej** wprowadzono rozwiązania, które zapewnią nieprzerwaną realizację świadczeń w ramach POZ m.in. przez pielęgniarki i położne, niezależnie od



**NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH**

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NIPiP-NRPiP-DM.0025.95.2024.JP

Warszawa, 29 kwietnia 2024 r.

Pan
Mirosław Wróblewski
Prezes
Urzędu Ochrony Danych Osobowych

Szanowny Panie Prezede

W imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zwracam się z uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi w sprawie możliwości uzyskiwania przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych informacji od podmiotów leczniczych w zakresie danych dotyczących imienia i nazwiska pielęgniarki lub położnej wraz z wysokością odprowadzonej składki członkowskiej na rzecz samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych, zgodnie z ustawowym obowiązkiem określa wysokość i częstotliwość wpłat składki członkowskiej oraz zasad jej podziału (art. 20 pkt 11 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych – t.j. Dz. U. z 2021 r., poz. 628).

Niestety, napotykamy istotne trudności w uzyskiwaniu informacji dotyczących składek odprowadzanych przez konkretne pielęgniarki i położne w ich imieniu przez poszczególnych pracodawców, którzy przesyłając do okręgowych izb pielęgniarek i położnych zsumowaną kwotę wszystkich odprowadzonych składek, odmawiając podania wykazu pielęgniarek i położnych oraz wysokości odprowadzonej w ich imieniu składki członkowskiej w danym miesiącu. Pracodawcy w odmowach jako argument podają, że przypisanie wysokości do konkretnej pielęgniarki lub położnej, w związku z ich procentowym naliczaniem, ujawni ich wynagrodzenia.

Powyższe uniemożliwia właściwe realizowanie zadań ustawowych, mających na celu ustalenie czy dana pielęgniarka lub położna realizuje ustawowy obowiązek i odprowadza, czyli opłaca składki na rzecz samorządu (art. 11 ust. 2 pkt 4 ustawa o samorządzie pielęgniarek i położnych). Sposób naliczania składek, zgodnie z uchwałą nr VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek

i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału, przewiduje składkę w wysokości 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego lub wykonującej zawód wyłącznie na podstawie umowy zlecenia.

Niezależnie od powyższego norma art. 47 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarek i położnych (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 2702 ze zm.) nakłada na Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych obowiązek przygotowywania dla ministra właściwego do spraw zdrowia zestawień dotyczących liczby i struktury zatrudnienia pielęgniarek i położnych wykonujących zawód na terenie działania poszczególnych okręgowych rad pielęgniarek i położnych. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych w celu weryfikacji osób zatrudnionych w zakresie wypełnienia tego obowiązku winny móc żądać od pracodawców udostępnienia listy pielęgniarek i położnych zatrudnionych w danym podmiocie leczniczym.

Uzyskanie powyższych danych tj. listy zatrudnionych wraz z kwotami odprowadzonych miesięcznych składek, pozwoli okręgowym radom pielęgniarek i położnych weryfikować informacje, iż pielęgniarki

i położne:

- dopełniły ustawowego obowiązku wpisania się do okręgowych rejestrów pielęgniarek i położnych (art. 2 ust. 3 oraz art. 5 ust. 1 i 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych),
- poprawnie zgłosiły, że wykonują zawód (art. 19 ust. 2 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz art. 11 ust 2 pkt 5 ustawy o samorządzie i położnych, informacje dotyczące zatrudnienia art. 44 ust. 1 pkt 20 ustawy o zawodach pielęgniarek i położnych),
- zweryfikowanie czy pielęgniarki i położne, które mają zawieszone prawo wykonywania zawodu nie wykonują go pomimo zakazu.

Kwestia weryfikacji przez okręgowe izby pielęgniarek i położnych, czy dana osoba zatrudniona w podmiocie leczniczym ma prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej lub nie zostało ono zawieszone lub ograniczone ma także bezpośredni wpływ na bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów danej placówki, a samorząd zawodowy, zgodnie z ustawowymi zadaniami ma obowiązek sprawować pieczę nad należytym wykonywaniem zawodów pielęgniarek i położnych.

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych ma ustawowe prawo i obowiązek monitorowania wpłat składek członkowskich oraz sprawowania kontroli nad ich prawidłowym odprowadzaniem

oraz uzyskania informacji co do faktycznego wykonywania zawodu przez pielęgniarki i położne w danym podmiocie leczniczym.

Odmowa przez podmioty lecznicze podania powyższych danych, uniemożliwia wykonywanie przez samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych ustawowych praw i obowiązków.

Mając na uwadze powyższe, zwracam się uprzejmą prośbą o udzielenie odpowiedzi w kwestii jak na wstępie.

Z wyrazami szacunku
Prezes NRPiP



Mariola Łodzińska



**URZĄD OCHRONY
DANYCH OSOBOWYCH**
Departament
Orzecznictwa i Legislacji
Wydział Legislacji



DOL.023.305.2024.WL.TG

Pani
Mariola Łodzińska
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

elektroniczna skrzynka podawcza ePUAP
/nipip/SkrytkaESP

Szanowna Pani Prezes,

w odpowiedzi na pismo z 29 kwietnia 2024 r.
(znak: NIPiP-NRPIP-DM.0025.95.2024.JP) uprzejmie informuję, że dotyczy ono dwóch zagadnień, które muszą być oceniane oddzielnie.

W świetle przepisów ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych¹, powoływanej dalej z zastosowaniem skrótu „u.s.p.p.”, oraz ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej², powoływanej dalej z zastosowaniem skrótu „u.z.”, inaczej przedstawia się bowiem kwestia ustalenia faktu zatrudnienia pielęgniarki (położnej) u danego pracodawcy, a inaczej – określenia prawidłowości naliczenia wysokości składki członkowskiej należnej od pielęgniarki (położnej) na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych.

Ta druga kwestia ma bowiem charakter de facto wewnętrzny (wewnątrzsamorządowy) i nie wpływa w sposób bezpośredni na możliwość sprawowania przez samorząd pielęgniarek i położnych pieczy nad wykonywaniem zawodu przez (konkretną) pielęgniarkę (położną). Dlatego, przywołana w piśmie Pani Prezes, uchwała nr VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej

¹ Ustawa z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 2021 r. poz. 628).

² Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 814 ze zm.).

Urząd Ochrony
Danych Osobowych
ul. Stawki 2
00-193 Warszawa

tel. 22 531-07-20

www.uodo.gov.pl

oraz zasad jej podziału jako akt wewnętrzny (wiążący członkinie/członków samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych) nie może stanowić podstawy do żądania od pracodawców pielęgniarek (położnych) – jako podmiotów pozostających poza strukturą samorządu pielęgniarek i położnych – zmiany praktyki polegającej na przekazywaniu do okręgowych izb pielęgniarek i położnych informacji zbiorczej obejmującej wszystkie składki na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych pobrane i odprowadzone przez tych pracodawców od pielęgniarek (położnych) u nich zatrudnionych. Jak bowiem słusznie podnoszą pracodawcy przekazanie informacji zindywidualizowanej [wskazującej wysokość składek na rzecz samorządu pielęgniarek i położnych pobranej i odprowadzonej od konkretnej zatrudnionej pielęgniarki (położnej)], wobec procentowego ustalenia tej składki w przywołanej wyżej uchwale Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych, prowadziłoby do ujawnienia przez pracodawcę okręgowej izbie pielęgniarek i położnych informacji o wysokości wynagrodzenia pielęgniarki (położnej). Z przepisów u.s.p.p., w szczególności, przywołanego w piśmie Pani Prezes, art. 20 pkt 11 tej ustawy, oraz u.z. nie wynika zaś prawo organów samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych do pozyskiwania od pracodawców informacji o wysokości wynagrodzenia konkretnej pielęgniarki (położnej). W świetle zaś zasady legalizmu (art. 7 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej) takiej kompetencji organów samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych nie można domniemywać.

Zachowuje w tej kwestii aktualność stanowisko Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych wyrażone i wszechstronnie uargumentowane w Newsletterze UODO dla Inspektorów Ochrony Danych z lutego 2021 r.³

Czym innym jest wszakże fakt zatrudnienia pielęgniarki (położnej) u danego pracodawcy. W myśl bowiem art. 43 i art. 48 u.z. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych w odniesieniu do wszystkich pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej, a okręgowa izba pielęgniarek i położnych w odniesieniu do pielęgniarek i położnych posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej i będących członkami danej izby, prowadzi rejestry. W rejestrach tych zamieszcza się m.in. informację o wszystkich pracodawcach pielęgniarki (położnej) poczynając od daty rozpoczęcia wykonywania przez nią tego zawodu, ze wskazaniem nazwy pracodawcy, daty zatrudnienia i stanowiska (art. 44 ust. 1 pkt 20 w zw. z art. 43 ust. 1 u.z. oraz art. 44 ust. 1 pkt 20 w zw. z art. 48 ust. 2 u.z.). Choć więc pielęgniarka (położna) ma obowiązek niezwłocznego zawiadamiania właściwej okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wszelkich zmianach danych zamieszczonych w ww. rejestrach (art. 46 u.z.), w tym także o zmianie pracodawcy, u którego wykonuje zawód pielęgniarki (położnej), to względ na zapewnienie prawidłowości wykonywania zawodu przez pielęgniarkę (położną) przemawia za uprawnieniem organów samorządu pielęgniarek i położnych do występowania do pracodawców zatrudniających pielęgniarki (położne) z żądaniem wskazania imiennej listy tych pielęgniarek (położnych). Jak wykazała Pani Prezes w części końcowej pisma

³ Nr 2/2021 (23) – str. 5 i 6 – <https://archiwum.uodo.gov.pl/pl/search?s=newsletter&st=all&page=2>.

posiadanie przez organy samorządu pielęgniarek i położnych zweryfikowanej informacji o miejscu zatrudnienia każdej pielęgniarki (położnej) wykonującej zawód jest niezbędne do realnego sprawowania pieczy nad wykonywaniem tych zawodów (art. 2 ust. 1 u.s.p.p.).

W świetle powyższych rozważań wnioszek do pracodawcy zatrudniającego pielęgniarki (położne) o udostępnienie listy tych pielęgniarek (położnych) spełniałby przesłankę dopuszczalności przetwarzania danych osobowych z art. 6 ust. 1 pkt c) rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679⁴.

Jednocześnie organ nadzorczy przeprasza za opóźnienie w udzieleniu odpowiedzi.

Z wyrazami szacunku,
z up. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych
Zastępca Dyrektora
Departamentu Orzecznictwa i Legislacji
Anna Korzecka
/ - dokument w postaci elektronicznej
podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym /

⁴ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 4.5.2016, str. 1 ze zm.).



V. Warto wiedzieć

Opieka nad pacjentem z chorobą Alzheimera

Źródło: *www.adamed.expert*

W trakcie rozwoju choroby Alzheimera (ChA) dochodzi do gromadzenia się szkodliwych białek, m.in. β -amyloidu i hiperfosforylowanego białka tau. Te patologiczne zmiany prowadzą do obumierania neuronów, co z kolei skutkuje spadkiem produkcji przekaźników mózgowych, a wśród nich – acetylocholino. Wraz z postępem choroby dochodzi również do degeneracji mózgu.

ChA to nieodwracalny, stale postępujący proces chorobowy, który składa się z różnych zmian. Należą do nich:

- gromadzenie się β -amyloidu,
- występowanie włóknkowych depozytów patologicznie fosforylowanego białka tau wewnątrz neuronów,
- angiopatia kongofilna,
- aktywacja komórek mikrogleju,
- reaktywność astrocytów,

- inne procesy zapalne.

Wszystkie powyższe zmiany prowadzą do stopniowej utraty neuronów i synaps kory mózgu i pewnych regionów podkorowych.

Fazy choroby Alzheimera

Wyróżnia się trzy stadia zaawansowania ChA; są to:

- 1. faza łagodna** – objawia się np. nieodkładaniem rzeczy na miejsce, powtarzaniem danej czynności kilka razy z rzędu, trudnościami w obsłudze podstawowych sprzętów gospodarstwa domowego,
- 2. faza umiarkowana** – u chorego mogą się pojawić omamy i halucynacje, zdarzają się zachowania agresywne wobec członków rodziny i innych osób,
- 3. faza zaawansowana** – zauważalne są deficyty w aparacie ruchu (mogące prowadzić do trwałego unieruchomienia) oraz problem z rozpoznawaniem członków rodziny i znajomych, konieczna jest stała opieka nad chorym.

Problem pielęgnacyjny	Propozycja postępowania
Zaburzenia związane z nietrzymaniem moczu i stolca wynikającym z ChA	• prawidłowa i częsta higiena kroczu • monitorowanie kondycji skóry ze względu na częstszy kontakt z drażniącym moczem i stolcem • czysta i przewiewna bielizna • stosowanie wkładek, pampersów lub pieluchomajtek • jeśli stan pacjenta pozwala – wdrożenie gimnastyki obejmującej trening zwieraczy
Możliwość zakrztuszenia na skutek zaburzeń w połykaniu wynikających z ChA	• ocena, na ile samodzielny jest pacjent, a na ile potrzebuje pomocy drugiej osoby • odpowiednia pozycja do karmienia i podaży płynów • dobór właściwej konsystencji, temperatury i wartości odżywczych posiłków
Problemy z samodzielnym poruszaniem się i orientacją w najbliższym otoczeniu	• wdrożenie codziennej podstawowej gimnastyki wzmacniającej kondycję chorego, wizyty fizjoterapeuty • zaangażowanie członków rodziny lub opiekuna w pomoc przy przemieszczaniu się • wprowadzenie sprzętów pomocniczych • zapewnienie bezpiecznego otoczenia
Dezorientacja co do miejsca, czasu, przestrzeni	• systematyczna podaż leków • trening pamięci, wywoływanie wspomnień przy użyciu muzyki, filmów, zdjęć • informowanie pacjenta o miejscu pobytu, dacie i godzinie • karteczki informacyjne – oznaczenia miejsc (np. WC) • unikanie nagłych zmian w otoczeniu
Zaburzenia snu	• wdrażanie codziennej aktywności: spacerów i ćwiczeń, motywowanie chorego do ruchu • kontrola czasu drzemek w ciągu dnia lub rezygnacja z nich • zapewnienie spokoju na czas snu nocnego, • oświetlenie dostosowane do pory dnia i nocy • w przypadku bezsenności nocnej, wzmożonej reaktywności – podaż zleconych leków nasennych

ChA pozostaje chorobą nieuleczalną i postępującą. W opiece nad pacjentem istotne jest zatem, by jak najwcześniej wdrożyć rozwiązania spowalniające rozwój choroby. Wyróżnia się kilka modeli terapii, do których należą:

- terapia walidacyjna – utrwalanie prawidłowych zachowań w grupie, minimalizowanie poziomu lęku i niepokoju, dążenie do poprawy samopoczucia,
- terapia kognitywna – trening dotyczący pamięci i orientacji,
- terapia reminiscencyjna – przywoływanie wspomnień przy użyciu fotografii, muzyki, pamiątek,
- terapia zajęciowa – utrwalanie umiejętności, których chory jeszcze nie zatracił, odtwarzanie tych niedawno utraconych, zachowanie aktywności,

- terapia środowiskowa – przyjazne i bezpieczne warunki otoczenia, w którym pacjent funkcjonuje.

Podstawą leczenia jest jednak farmakoterapia, której zadaniami są usprawnienie funkcji poznawczych i wywarcie wpływu na objawy neuropsychiatryczne.

Podsumowanie

Podsumowując: główne problemy w opiece nad osobą z ChA wiążą się z zaburzeniami na płaszczyźnie psychicznej, biologicznej i społecznej. Z czasem choroba mocno ogranicza samodzielność pacjenta, przez co staje się on zależny od rodziny lub opiekuna, traci zdolność do samoopieki. Postęp ChA prowadzi do zaawansowanej utraty pamięci i zaburzeń psychologicznych, dlatego tak ważne jest jak najwcześniejsze wdrożenie leczenia.

Te błędy utrudniają komunikację z pacjentem. Sprawdź, czego unikać

Źródło: www.adamed.expert

Pacjent oczekuje od pielęgniarki uważności, uczciwości i autentyczności. Maskowanie swoich prawdziwych intencji, stosowanie gier i udawanie, powodują jego brak zaufania do średniego personelu medycznego. Jeżeli pielęgniarka w momencie zetknięcia się z pacjentem jest w stosunku do niego nastawiona życzliwie, przyjaźnie, uczciwie, wówczas bariera, która mogła wydać się nie do pokonania - przestaje istnieć.

Bariery blokujące komunikację pielęgniarki

Relacja pielęgniarka-pacjent należy do jednych z najtrudniejszych w systemie opieki zdrowotnej. Warto już na starcie poznać najczęściej popełniane błędy przez personel medyczny, aby uniknąć nieporozumień utrudniających późniejszą komunikację.

Za prawidłową komunikację na linii pielęgniarka – pacjent odpowiedzialne są zawsze obie strony. Niemniej jednak sytuacja, w której znajduje się osoba chora wymaga od personelu medycznego dużej dozy empatii i zadbania o prawidłowy przebieg relacji z pacjentem. Kiedy to pacjent przejawiać opór i brak gotowości do współpracy, pielęgniarka powinna pamiętać, że najczęściej zachowania te nie godzą w jej osobę, lecz są przejawem przeżywanych przez chorego silnych emocji.

Te zachowania uderzają w godność pacjenta

Trudności w relacjach komunikacyjnych na linii pielęgniarka-pacjent nie należą do rzadkości. Część z nich wynika z postaw, jakie już na początku relacji przyjmuje personel medyczny w celu utrudnienia lub uniemożliwienia pacjentowi zadawania pytań. Należą do nich:

- posługiwanie się językiem ściśle medycznym, uniemożliwiając w ten sposób pacjentowi udział w rozmowie
- informowanie pacjenta o tym, że ma się dużo pracy
- ciche rozmowy o stanie zdrowia pacjenta pomiędzy personelem medycznym, ignorowanie pytań chorego
- opuszczanie sali chorych bez uprzedzenia.

Zachowania te świadczą o braku zainteresowania pacjentem, lekceważeniu jego uczuć i potrzeb.

Mowa ciała i trudności werbalne

Odrębną kategorią błędów są komunikaty niewerbalne. Ponieważ pacjent zwykle bardzo dokładnie obserwuje personel medyczny, mimika i mowa ciała mogą budzić u niego lęk i negatywne emocje. Komunikację pielęgniarki z pacjentem szczególnie zaburzają:

- błędy jatrogenne wynikające z czynności leczniczych lub pielęgnacyjnych. Pierwsze związane są z udzielania informacji niewystarczających lub nieudzielania ich wcale, drugie z udzielania informacji wywołujących silne negatywne emocje.
- trudności w interpretacji przekazu. Występują wtedy, gdy intencje pielęgniarki przekazującej informacje nie są zrozumiałe dla chorego lub jego bliskich.

Innym rodzajem trudności jest problem ze zrozumieniem wypowiedzianych słów. Zwykle pojawia się on wtedy, gdy pielęgniarka mówi niewyraźnie, posługuje się gwarą lub żargonem. Bywa i tak, że sam komunikat jest wypowiedziany jasno i wyraźnie, ale hałas, czy

samo miejsce, w którym jest przekazywany utrudniają jego odbiór.

Inne błędy

Istnieją też inne błędy popełniane przez pielęgniarkę w kontakcie z pacjentem. Zalicza się do nich:

- Bronienie się. Zwykle przejawiają się w słownej wrogości do pacjenta, niesłuchaniu go, nieodpowiadaniu na pytania.
- Doradzanie pacjentowi. Jeśli jest zbyt częste i podawane w kategoryczny sposób, np. „zrób tak” może wpłynąć niekorzystnie na zaufaniu do pielęgniarki.
- Fałszywe zapewnienie, czyli mówienie nieprawdy, wyrażane w słowach „wszystko będzie dobrze”. Zdarza się najczęściej wówczas, gdy pacjent jest ciężko chory.
- Ganienie pacjenta. Ma miejsce wtedy, gdy pacjent zachowuje się niewłaściwie np. przy przyjęcia do szpitala. Taka postawa nie wpływa pozytywnie na zmianę zachowania chorego, ale może wpłynąć ujemnie na ich relacje.
- Głuche milczenie. Chodzi tu o używanie tzw. blokad komunikacyjnych, poprzez zadawanie zamkniętych pytań, udzielanie rad i proponowanie rozwiązania.
- Niewłaściwe zadawanie pytań. Zwykle wyraża się w zadawaniu wielu pytań naraz, często w formie zamkniętej.
- Patronowanie. To traktowanie pacjenta nie jako partnera, np. zwracanie się do starszych osób: „dziadku”, „babciu”.
- Sugerowanie odpowiedzi. To podpowiadanie pacjentowi, co ma powiedzieć, np. „to nie boli, prawda?”. Takie działanie ogranicza pacjentowi swobodny wybór.
- Zmianianie tematu, który podjął pacjent. Zwykle zachowanie to pojawia się wtedy, gdy temat jest dla pielęgniarki krępujący.

Jak rozmawiać z rodziną w sytuacjach trudnych?

Źródło: www.adamed.expert

Przekazywanie informacji o złym rokowaniu, poważnej diagnozie czy ciężkim przebiegu choroby, to trudne wyzwanie, przed którym staje personel medyczny. Wiąże się ono zarówno z dylematami natury etycznej, jak i moralnej. Trudności z informowaniem bliskich o niekorzystnym przebiegu leczenia mają nawet ci, którzy opanowali umiejętność komunikacji z pacjentem i jego rodziną w sytuacjach typowych. W literaturze medycznej przedstawiono różne techniki komunikowania się w sytuacjach trudnych, które pomagają uniknąć błędów.

Przekazywanie złych wiadomości rodzinie

Szczególnym rodzajem komunikacji z rodziną jest przekazywanie złych wiadomości o stanie zdrowia męża, ojca, żony, dziecka lub innego bliskiego krewnego. Nierzadko, to na pielęgniarkę spada ten przykry obowiązek.

Choroba, która pojawia się w rodzinie nie jest problemem wyłącznie pacjenta. W jej przeżywaniu uczestniczy cała rodzina, na której choroba wywiera silne piętno, zwłaszcza jeżeli ma ciężki przebieg i wiąże się z niekorzystnym rokowaniem. Z tego powodu w literaturze psychologicznej powstał termin „pacjenci drugiego rzutu” odnoszący się do bliskich pacjenta. Warto o tym pamiętać pełniąc rolę leczniczo-opiekuńczą wobec samego chorego. Rodzina zasługuje bowiem, na równi z pacjentem, na uważne słuchanie, empatię i szacunek.

Rodzina też potrzebuje uwagi

Umiejętność rozmowy z rodziną osoby chorej opiera się, pod wieloma względami, na ogólnych zasadach komunikacji. Wymaga od pielęgniarki aktywnego słuchania, milczenia w odpowiednich momentach, wyjaśniania niezrozumiałych kwestii, potwierdzania, jeśli rodzina tego oczekuje, właściwego zadawania pytań oraz podsumowania zastanego stanu rzeczy. W kontakcie z rodziną konieczne trzeba uwzględnić sytuację emocjonalną, w której się ona znajduje.

Niekorzystne wiadomości o bliskim

Szczególną sytuacją kontaktu na linii pielęgniarka-rodzina pacjenta jest

ta, w której personel medyczny musi przekazać bliskim niepomyślną informację. W celu ułatwienia trudnych rozmów proponuje się różne algorytmy postępowania, a najpopularniejszy z nich to SPIKES (Setting, Perception, Information, Knowledge, Empathy, Summarize). Należy także pamiętać, że informacje najbardziej traumatyczne, o śmierci pacjenta, nie należą do zadań pielęgniarki. Te, zawsze powinien przekazać lekarz prowadzący pacjenta.

Sześć kroków w modelu SPIKES

1. Przygotowanie do spotkania z rodziną - sprawdzenie epikryzy, wyłączenie telefonu, zapewnienie właściwego, intymnego miejsca do rozmowy (setting),
2. Zadawanie bliskim pacjenta pytań o ich wiedzę dotyczącą choroby i stanu chorego - określenie poziomu informacji, jakie rodzina otrzymała oraz ocena rozumienia zdarzenia (perception),
3. Pytanie rodziny, co chciałaby wiedzieć (information),
4. Dzielenie się z rodziną złą informacją, używając prostego języka, dostosowanego do poziomu rozumienia rodziny (knowledge),
5. Odpowiadanie na emocjonalne reakcje rodziny (empathy),
6. Podsumowanie przekazanych informacji, zwracając uwagę na to, aby rodzina wszystko prawidłowo zrozumiała (summarize).

Warto też zwrócić uwagę na najczęściej popełniane błędy podczas przekazywania niepomyślnych informacji. Są to: pośpiech i „chowanie się” za dokumentacją medyczną, niesłuchanie rodziny i stosowanie pytań zamkniętych, brak uważności i forsowanie wiedzy, używanie żargonu medycznego, skoncentrowanie się na wynikach badań oraz forsowanie informacji mimo sygnałów, że rodzina nie chce już ich więcej, brak odniesienia do emocji bliskich czy nihilizm terapeutyczny, czyli pozbawianie nadziei.

W uproszczonym ujęciu procedura ta składa się z trzech kroków: przygotowania, przekazania informacji i podążania za rodziną chorego. Pomoc w tej czynności może przestrzeganie podstawowych zasad:

- mówienie wprost i bez ogródek
- otoczenie rozmówcy opieką
- przekazanie jedynie niezbędnych faktów.

Tajemnice mediacji

Źródło: www.adamed.expert

Jedną z najskuteczniejszych metod rozwiązywania konfliktów przez osobę trzecią są mediacje. Osoba mediatora identyfikuje różnice dzielące strony i pomaga im dojść do porozumienia. W Polsce, aż 70-90 proc. stron biorących udział w mediacjach pozytywnie ocenia ten proces. Wszystko dlatego, że mediacja ma na celu dojście do ugody, która zadowala obie strony. Takie rozwiązanie w sposób szczególnie sprawdza się w pracy pielęgniarki, nastawionej na pomoc i rozwiązywanie problemów zdrowotnych pacjenta.

Mediacje - jako sposób na rozwiązywanie sporów

Spory oraz konflikty na linii pielęgniarka-przełożony, pielęgniarka-zespół terapeutyczny czy pielęgniarka – pacjent, są nieuniknione. Szczególnie atrakcyjnym sposobem działań pojawiających się w takich sytuacjach wydaje się mediacja. Mediator, w odróżnieniu od sądu, nie stara się rozstrzygnąć sporu. Jego działanie nakierowane jest natomiast na rozwiązanie problemu. Podobne założenie ma kluczowe znaczenie w praktyce medycznej.

Czym są mediacje?

Mediacja to dowolne i poufne porozumienie się stron znajdujących się w konflikcie w obecności osoby trzeciej, czyli mediatora. Ten pomaga skonfliktowanym stronom stworzyć warunki umożliwiające im osiągnięcie dobrowolnego porozumienia, akceptowanego przez obie strony konfliktu.

Celem mediacji nie jest przygotowanie stronom gotowych rozwiązań, ale ukierunkowanie stron na wspólne rozwiązywanie problemów. Chodzi o takie postępowanie mediatora, które ma naprawić to wszystko, co da się naprawić. Strony konfliktu negocjują ze sobą porozumienie a mediator – czuwa nad efektywnym przebiegiem tego dyskursu.

Mediacja to niejako pojednanie - pozwala na odreagowanie konfliktu poprzez czynne włączenie się stron. Mediacje muszą charakteryzować się: bezstronnością, neutralnością, dobrowolnością, akceptowalnością i poufnością.

Korzyści z mediacji

Mediacje, to zdecydowanie lepszy sposób na rozwiązanie konfliktów w pracy niż wejście na drogę sądową. Po pierwsze zapewnia stronom możliwość kontrolowania przez długi czas procesu rozwiązania sporu

oraz efektu tego procesu. To całkowite przeciwieństwo niepewnego w swym przebiegu postępowania przed sądem czy arbitrażem.

Dodatkowo mediacja to zdecydowanie szybsza, tańsza i mniej sformalizowana w przebiegu metoda postępowania, rozwiązująca problemy szerzej, ponieważ nie jest ona ograniczona prawem. Co ważne mediacja zmierza do rozwiązania sporu, przy zachowaniu jednocześnie dobrych relacji między stronami, likwiduje konflikt, kładzie nacisk na interesy stron zapewniając im większy wpływ na swoją sprawę. Badania wskazują, że satysfakcja stron z procesu mediacji jest bardzo wysoka i sięga w Polsce 70-90 proc. tak prowadzonych sposobów rozwiązywania konfliktów. To sprawia, że mediacje są bardzo często wybierane, jako metody łagodzenia sporów.

Należy też podkreślić, że mediator to osoba bezstronna wobec uczestników mediacji i neutralna wobec zgłaszanego przedmiotu sporu.

Etapy mediacji

W procesie mediacji wyodrębnia się etapy, których prawidłowe przeprowadzenie wpływa na jego efektywność.

W pierwszym etapie mediator wprowadza i przedstawia stronom szczegóły samej procedury mediacyjnej. Strony uzyskują wiedzę na temat zasad mediacji, takich jak dobrowolność, poufność, neutralność czy bezstronność mediatora. Na tym etapie strony ustalają indywidualne zasady współpracy i zakreślają ramy czasowe.

Następnie strony przedstawiają własną wizję problemu wymagającego rozwiązania. Tutaj bardzo ważne jest, aby obie strony wysłuchały się wzajemnie. Po przedstawieniu problemu możliwe jest wypracowanie listy spraw wymagających rozwiązania. Jest to czas na zdefiniowanie kwestii, które stają się podstawą dla skutecznego poszukiwania satysfakcjonujących obie strony rozwiązań. Kolejny krok to omówienie potrzeb stron, w zakresie każdego z wyodrębnionych tematów i określenie potrzeb oraz interesów, które w przyszłości pozwolą na poszukiwanie rozwiązania dobrego dla obu stron. To przejście do fazy, w której strony starają się wypracować satysfakcjonujące je rozwiązania.

Ostatnim etapem procedury mediacyjnej jest praca nad porozumieniem. Obowiązkiem mediatora jest sprawdzenie czy zawierane przez strony porozumienie ma szansę być realizowane i czy nie stanie się przyczyną nieporozumień w przyszłości. Mediacja może zakończyć się podpisaniem ugody mediacyjnej lub protokołem rozbieżności.

Sztuka dialogu, czyli jak skutecznie rozwiązać konflikt?

Źródło: www.adamed.expert

Rozwiązywanie konfliktów w oparciu o metodę „bez porażek” to zalecana przez ekspertów od komunikacji strategia warunkująca skuteczne zakończenie sporów. Kluczem do sukcesu jest współpraca pomiędzy stronami konfliktu. Warunkiem jej powodzenia jest dobra komunikacja, aktywne słuchanie oraz wzajemne komunikowanie o własnych potrzebach i prężnościach.

Skuteczne sposoby rozwiązywania konfliktów

Praca pielęgniarki wiąże się z wysokim poziomem stresu. Nieustanne pokonywanie przeszkód, działanie pod presją czasu, współpracowników, przełożonych i pacjentów sprzyja konfliktom. Warto zawczasu poznać strategię ich rozwiązywania.

Pseudorozwiązanie sporów

Często w sytuacjach konfliktowych panuje przekonanie, że lepiej nie ingerować w przedmiot sporu i zaczekać, aż konflikt sam się rozwiąże. Nic bardziej błędnego – w rzeczywistości rzadko się zdarza, że nieporozumienie rozwiązuje się samo. Zwykle zatarę, kiedy nikt się nim aktywnie i prawidłowo nie zajmuje, narasta.

Konflikty można rozwiązywać, postępując zgodnie z wybranymi strategiami. Nie wszystkie jednak z tych, którymi zwykliśmy się posługiwać, są efektywne. Te popularne, zwane strategiami tradycyjnymi, najczęściej są nieskuteczne. Pozwalają jedynie na złagodzenie konfliktu a niekiedy na utajenie nieporozumienia.

Wśród pseudorozwiązań sporów znajdują się:

- ignorowanie, czyli pomijanie problemu milczeniem,
- odwlekanie, polega ono na odroczeniu działania,
- pokojowe współistnienie – ma miejsce wtedy, gdy strony konfliktu udają, że spór nie istnieje,
- deprecjonowanie – opiera się na pomniejszaniu wartości przeciwnika i umniejszaniu wartości przedmiotu sporu,
- reorientacja czyli wskazanie tzw. „kozła ofiarnego”, co ma prowadzić do odwróceniem uwagi od istoty problemu,
- separacja, opiera się na usunięciu strony konfliktu,
- kompromis, zwykle częściowe spełnienie żądań stron sporu. Nie zawsze rozwiązanie to okazuje się sprawiedliwe
- walka, ma miejsce wówczas, gdy obie strony trzymają się twardo swoich żądań i nie ustępują.

Sukces zapewnia metoda oparta na współpracy

Najlepszym sposobem skutecznego rozwiązywania sporów jest metoda „bez porażek”. Opiera się ona na pokazaniu wszystkim stronom sporu, jak wchodzić w relacje z innymi, uznając swoje i innych potrzeby jako ważne. Aby tak się stało problemy i konflikty między ludźmi muszą być rozwiązywane w taki sposób, by nie doszło do rozluźnienia więzi uczuciowych. Aby metoda ta zakończyła się powodzeniem, konieczne jest aktywne słuchanie oraz wzajemne komunikowanie o własnych potrzebach i prężnościach.

Strategia ta opiera się na wspólnym, przez obie strony sporu, przechodzeniu przez kolejno kroki. Najpierw konieczne jest

rozpoznanie i określenie przyczyn konfliktu. Kolejny etap to poszukiwanie rozwiązań i ich ocena. Kiedy strony wspólnie przeanalizują możliwe rozwiązania, dochodzi do podjęcia decyzji, z którego rozwiązania strony chcą skorzystać. Przedostatni krok to wprowadzenie decyzji w życie, po którym to pozostaje jedynie ocenić rozwiązanie.

Jeżeli metoda ta nie sprawdzi się, skonfliktowane strony mogą skorzystać, z innych metod rozwiązywania konfliktów. Należą do nich:

- droga sądowa
- negocjacje
- mediacje

Pozasądowy sposób na konflikt

Wszystkie, poza procesowymi, możliwości postępowania w sporze określane są mianem Alternatywnych Rozwiązań Sporów

(ADR, Alternative Dispute Resolution). Metody te mają na celu minimalizowanie możliwości rozwoju sporu.

Zaletą takiego sposobu rozwiązywania konfliktu jest szybkie dochodzenie do porozumienia, niskie koszty, nieformalny przebieg, trwałe i twórcze rozwiązanie, szansa na zachowanie relacji między skonfliktowanymi stronami. Co ważne, korzystając z tej metody, osoby będące w sporze, zachowują możliwość skorzystania z drogi sądowej albo powrotu do mediacji.

W ramach ADR wyróżnia się trzy podstawowe tryby: kontraktowy, concyliacyjny – mediacyjny i arbitrażowy oraz formy, które im odpowiadają: negocjacje (rozwiązywanie konfliktów, w oparciu o przyjęty kompromis), mediacje (dowolne i poufne porozumienie się stron znajdujących się w konflikcie w obecności osoby trzeciej, bezstronnej i neutralnej, czyli mediatora) i arbitraż (oddanie sporu w ręce osoby trzeciej – arbitra, który rozsądza go według swojego uznania, narzucając gotowe rozwiązanie).

a nawet zgonem.

Długotrwałe utrzymujące się podwyższone stężenie glukozy we krwi uważane jest za najważniejszy czynnik ryzyka rozwoju poważnych powikłań mikro- i makronaczyniowych. Zalicza się do nich uszkodzenie nerek, nefropatię cukrzycową, zaburzenia widzenia, czy owrzodzenia kończyn dolnych (w szczególności stóp), które w efekcie choroby często muszą być amputowane.

Edukacja w cukrzycy typu 1

Sugerowana definicja edukacji dla pacjentów z cukrzycą brzmi następująco: „To proces zapewnienia danej osobie niezbędnej wiedzy i umiejętności pozwalającej na samodzielne leczenie cukrzycy, reagowanie w sytuacjach nagłych oraz wprowadzanie zmian w stylu życia, mających na celu umożliwienie skutecznego radzenia sobie z chorobą”.

Edukacja diabetologiczna jest więc kluczowym narzędziem terapeutycznym. Leczenie polega bowiem na uzupełnianiu insuliny oraz edukowaniu pacjenta na temat jego choroby, czy przekazywaniu wiedzy o tym, dlaczego kontrola glikemii jest ważna w kontekście poprawnego dobierania dawek insuliny.

Dobór narzędzi edukacji zależy od wieku pacjenta, a każda grupa wiekowa niesie ze sobą inne wyzwania dla osoby przekazującej wiedzę. Zaleca się wykorzystanie specjalnych programów nauczania i materiałów edukacyjnych przygotowanych dla różnych grup wiekowych (takich jak dzieci w wieku 3-5 lat, 5-6 lat, 7-9 lat, 9-12 lat, 13-18 lat i młodsi dorośli), a także dla rodziców i opiekunów dzieci chorych na cukrzycę.

Współpraca z małym dzieckiem często bywa ograniczona, a nawet niemożliwa, dlatego informacje przekazywane są rodzicom. Mierzenie się z chorobą dziecka bywa dla nich silnie stresujące, co nierzadko przekłada się na trudności z przyswojeniem informacji.

Dzieci w wieku przedszkolnym i niemowlęta

Pojęciem błędnym jest przekonanie, że dziecko jest zbyt małe, aby uczyć je, jak zarządzać swoją chorobą. W rzeczywistości, edukacja diabetologiczna powinna być wdrożona od samego początku rozpoznania choroby. Należy ciągle dostosowywać jej formę do zmieniającego się stanu psychofizycznego chorego dziecka, uwzględniając jego zdolności percepcyjne i potrzeby. Bez względu na wiek, aktywny udział pacjenta w procesie leczenia jest kluczowy dla skutecznej kontroli cukrzycy. Na przykład, dla małych dzieci najlepszym sposobem na naukę jest zabawa, przez którą zdobywają one wiedzę i ważne umiejętności. Dostosowanie sposobu przekazywania wiedzy na temat cukrzycy do wieku dziecka jest kluczowe, a zabawa może stanowić przyjemną i skuteczną formę terapii dla dzieci z cukrzycą, umożliwiając im radzenie sobie z trudnymi sytuacjami w bezpiecznym i kontrolowanym środowisku. Dziecko, które ma trudności w wykonaniu określonych czynności w rzeczywistym świecie, może z łatwością pokonać te przeszkody w trakcie zabawy. W ten sposób ma okazję przenieść się w świat wyobraźni i nauczyć się radzić sobie z takimi sytuacjami, jak np. iniekcja insuliny, smutek, czy rezygnowanie z takich potrzeb, jak bieganie i zabawa z rówieśnikami, czy jedzenie ulubionych przekąsek.

Konieczne jest oczywiście wyjaśnienie podstawowych pojęć, takich

Cukrzyca typu 1 u dzieci i młodzieży - pielęgniarska edukacja diabetologiczna

Źródło: www.adamed.expert

Wskaźnik zapadalności na cukrzycę typu 1 u dzieci i młodzieży w Polsce i na świecie z roku na rok wzrasta. Przyczyniło się to zmiany modelu terapeutycznego cukrzycy - z chorobowego na model terapii własnej. Okazuje się bowiem, że w skutecznym leczeniu tej choroby edukacja pacjenta i samokontrola jest czynnikiem nie mniej ważnym, niż farmakoterapia. Jaka jest rola edukacji młodocianych pacjentów z cukrzycą typu 1 i jak skutecznie edukować młodzież?

Troska o dzieci i młodzież z cukrzycą znacząco różni się od opieki skierowanej do dorosłych pacjentów. To skomplikowany proces, który skupia się przede wszystkim na dziecku lub nastolatku i jego rodzinie oraz opiekunach. Wymaga on zatem wsparcia wielodyscyplinarnego zespołu specjalistów o różnych umiejętnościach i doświadczeniach. Niezbędne jest uwzględnienie zarówno potrzeb fizycznych, jak i emocjonalnych rozwijającej się, dojrzewającej jednostki, a także społecznych ograniczeń wynikających z sytuacji rodzinnej i otoczenia, w jakim rozwija się młody człowiek. Kluczowym elementem skutecznej opieki w cukrzycy jest angażowanie pacjentów i ich rodzin w proces leczniczy oraz utrzymywanie motywacji, która pozwoli im na radzenie sobie z wymagającym zadaniem balansowania pomiędzy różnymi czynnikami wpływającymi na ich zdrowie. Okazuje się bowiem, że podstawa skutecznej opieki nad osobami chorującymi na cukrzycę to edukacja, a szkolenie dzieci i młodzieży w zakresie samokontroli cukrzycy pozytywnie wpływa na kontrolę poziomu glukozy we krwi oraz aspekt psychospołeczny leczenia.

Kontrola metaboliczna w cukrzycy typu 1

W terapii cukrzycy typu 1 kładzie się nacisk na utrzymanie odpowiedniego poziomu glukozy we krwi przed i po posiłku oraz minimalizowanie występowania epizodów hiperglikemii i hipoglikemii. Zła kontrola glikemii zwiększa znacząco ryzyko rozwoju przewlekłych powikłań mikronaczyniowych, w tym m.in. powikłań siatkówkowych i układu sercowo-naczyniowego. Kontrola metaboliczna jest zatem niezbędna, aby zapobiec wystąpieniu wspomnianych powikłań. Średni poziom glukozy we krwi na przestrzeni ostatnich 2-3 miesięcy kontroluje się poprzez pomiar hemoglobiny glikowanej (HbA1c). Regularne badania HbA1c są ważne, ponieważ pomagają w identyfikacji problemów z kontrolą cukru we krwi i w zapobieganiu powikłaniom związanym z cukrzycą. Docelowy poziom HbA1c przy dobrze kontrolowanej cukrzycy powinien wynosić <7,5%. Przy odpowiedniej opiece i wsparciu dzieci i młodzież z cukrzycą typu 1 mogą spodziewać się długiego i satysfakcjonującego życia pomimo obciążenia chorobą przewlekłą.

Prawidłowa kontrola metaboliczna może opóźnić czas wystąpienia lub całkowicie zapobiegać późnym powikłaniom cukrzycy, a dodatkowo spowalniać postęp już zaistniałych powikłań.

Niedobór insuliny może powodować zwiększone pragnienie, wielomocz, zmęczenie, utratę masy ciała oraz bóle brzucha i wymioty. Nierozpoznana, nieleczona cukrzyca prowadzi często do kwasicy ketonowej, która jest ostrym, ciężkim powikłaniem. Niewłaściwie leczona kwasica ketonowa może skutkować utratą przytomności,

jak samokontrola i samodyscyplina, a także dostarczenie informacji na temat choroby. Wraz z wiekiem dziecka, powinno się wprowadzać bardziej zaawansowane pojęcia związane z leczeniem cukrzycy. Dzieci często reagują pozytywnie na nagrody, dlatego można je wykorzystać w celu zachęcenia do przeprowadzania samokontroli przy użyciu glukometru lub podawania insuliny.

Dzieci w wieku szkolnym

W wieku szkolnym, dzieci z cukrzycą doświadczają wielu zmian, w tym dostosowywania się do nowego środowiska szkolnego, rozwijania relacji z rówieśnikami i samooceny. W tym czasie, ważne jest kształtowanie umiejętności samodzielnego leczenia, takich jak wstrzyknięcia insuliny, obsługa pompy insulinowej i monitorowanie glikemii. Dzieci powinny również nauczyć się rozpoznawać objawy hipoglikemii i zrozumieć istotę choroby oraz jak kontrolować swoje leczenie. Leczenie cukrzycy należy dopasować do zajęć szkolnych, posiłków i ćwiczeń fizycznych, a wstrzyknięcia insuliny i monitorowanie glikemii powinny być uwzględnione w planie zajęć. Ważne jest również, aby edukacja dotycząca cukrzycy była dostosowana do wieku dziecka i obejmowała zarówno dziecko, jak i jego rodzinę.

Dodatkowo, pielęgniarka powinna zawsze podkreślać w dziecku chorym na cukrzycę, że choroba ta nie jest przeszkodą do normalnego życia i uprawiania sportów. Warto zwrócić uwagę, że aktywność fizyczna jest bardzo ważna dla zdrowia, a dzieci chore na cukrzycę mogą bez problemu uprawiać większość dyscyplin sportowych, o ile są w stanie kontrolować poziom cukru we krwi oraz unikać sytuacji, w których ryzykują wystąpieniem hipoglikemii.

Ważnym aspektem jest także edukacja otoczenia dziecka, a więc rozmowa z nauczycielami, kolegami z klasy czy trenerem, którzy powinni być świadomi choroby dziecka i potrafili mu pomóc w przypadku wystąpienia hipoglikemii lub innych sytuacji awaryjnych. Pielęgniarka powinna więc współpracować z osobami, które mają kontakt z dzieckiem na co dzień, aby zapewnić mu maksymalne bezpieczeństwo i komfort w codziennym funkcjonowaniu. Ponadto, edukacja rodziny i nauczycieli na temat choroby daje im przestrzeń do tego, by mogli w pełni zrozumieć potrzeby dziecka i umożliwić mu osiągnięcie wyrównania cukrzycy oraz pełnego rozwoju emocjonalnego.

Wszystkie działania pielęgniarki powinny być ukierunkowane na umocnienie w dziecku poczucia kontroli nad własnym życiem, co pozwoli mu na radzenie sobie z chorobą oraz osiąganie pełni swoich możliwości życiowych. Dlatego tak ważne jest, aby pielęgniarka zajmująca się dzieckiem chorym na cukrzycę nie tylko przekazywała mu wiedzę na temat schorzenia i leczenia, ale również była gotowa wysłuchać jego obaw i potrzeb.

Problem nadwagi i otyłości u dziecka

Źródło: www.adamed.expert

Blisko 50 lat temu eksperci WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) zakwalifikowali otyłość jako chorobę cywilizacyjną. Nie mylili się, gdyż współcześnie, nadwaga i otyłość jest problemem globalnym występującym na całym świecie. Sprzyjają one powstawaniu wielu chorób m.in.: cukrzyca, choroby układu sercowo-naczyniowego, zaburzenia hormonalne, zwyrodnienia stawów, bezdech senny. Poza negatywnym oddziaływaniem fizycznym, wpływają również na jakość życia w sferze psychicznej i społecznej.

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (badania z 2016 roku) ok. 10% dzieci w wieku 1-3 lat ma nadwagę/otyłość, a dodatkowe 18,4% jest zagrożone nadmierną masą ciała. Problem nadwagi i otyłości dotyczy też niemal co trzeciego 8-latkę (badanie COSI, 2016). U starszych dzieci i młodzieży nie jest znacząco lepiej. Według danych uzyskanych z ogólnopolskiego badania przeprowadzonego przez Instytut Żywności i Żywienia wśród uczniów szkół podstawowych i gimnazjów (10-16 lat) problem nadmiernej masy ciała dotyczył co piątego ucznia, przy czym częściej występował u chłopców niż u dziewcząt. Stwierdzono też, że wraz z wiekiem problem ten nieco malał chociaż nadal utrzymywał się na poziomie ok. 22% u gimnazjalistów i ok. 16% u gimnazjalistek. Najbardziej na występowanie nadwagi i otyłości narażeni byli uczniowie z województwa mazowieckiego i łódzkiego, najmniej – z województwa śląskiego i świętokrzyskiego. Najnowsze (2018 r.)

Cukrzyca w okresie dojrzewania

Okres dojrzewania to czas w życiu, gdy różne hormony obniżają wrażliwość na insulinę, co z kolei wymaga podawania większych dawek tego hormonu. Pojawia się również ryzyko pogorszenia wyrównania metabolicznego. Poza tym, okres dojrzewania to okres młodości, a więc czas, w którym młodzi ludzie mają rozwijać swoją autonomię w kontrolowaniu i leczeniu cukrzycy. Połączenie zarówno czynników psychospołecznych, jak i fizycznych mówi wiele o tym, dlaczego młodzież często napotyka trudności w samodzielnym kontrolowaniu swojej choroby.

W wieku dojrzewania osoby z cukrzycą potrzebują kontynuacji zaangażowania rodziców, ale jednocześnie powinny być zachęcane do rozwijania niezależności i samodzielnej kontroli choroby, dostosowanych do ich stopnia dojrzałości i zrozumienia. Warto zdawać sobie sprawę, że zdobycie wiedzy na temat cukrzycy w młodym wieku przyczynia się do lepszej samokontroli i leczenia w przyszłości. W tym okresie ważne jest także omawianie problemów emocjonalnych oraz konfliktów z rówieśnikami, monitorowanie masy ciała i profilaktyka zaburzeń odżywiania. Nastolatkom powinni uczyć się strategii rozwiązywania problemów związanych z błędami dietetycznymi, chorobami towarzyszącymi, hipoglikemią, wahaniami glikemii wynikającym z dojrzewania czy uprawiania sportu, a także omawiać zagadnienia takie jak palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, przyjmowanie narkotyków i związane z seksualnością. Ważne jest ustalenie wspólnych celów i priorytetów, a także upewnienie się, że zadania podjęte przez nastolatka są zrozumiałe i osiągalne. Warto też pamiętać, że opuszczenie dawki insuliny nie jest rzadkim zjawiskiem i należy podejść do tego problemu z zrozumieniem, bez osądzania. Ostatecznie, trzeba opracować strategię przekazywania pacjentów pod opiekę ośrodków leczących osoby dorosłe.

Podsumowanie

Edukacja terapeutyczna jest ważnym narzędziem w leczeniu młodocianych pacjentów chorujących na cukrzycę typu 1, które pozwala na zdobycie wiedzy i umiejętności potrzebnych do radzenia sobie z chorobą i osiągnięcia zamierzonych celów życiowych. Skuteczność takiej edukacji zależy od wyznaczenia celów na podstawie diagnozy potrzeb edukacyjnych, tworzenia planu edukacji, realizacji szkolenia oraz oceny procesu i uzyskanych wyników. Warto zauważyć, że cele edukacji powinny być rozpatrywane nie tylko w wymiarze biologicznym, ale również psychospołecznym. Ważne jest również, aby pracownicy ochrony zdrowia, którzy pełnią rolę nauczycieli i wychowawców, mieli odpowiednie postawy i umiejętności, które pozwolą na skuteczne przekazywanie wiedzy i pomaganie pacjentom w radzeniu sobie z chorobą.

wstępne wyniki badania zachowań zdrowotnych młodzieży w wieku 11-15 lat (międzynarodowe badanie HBSC, w którym od wielu lat uczestniczy również Polska) wskazują, że nadmierna masa ciała występuje u 29,7% chłopców i 14,3% dziewcząt (wg kryteriów WHO, 2007).

Występowanie nadwagi i otyłości jest oceniane za pomocą wskaźnika wagowo-wzrostowego BMI (Body Mass Index) zwanego również wskaźnikiem Queteleta (Quetelet Index), który uzyskuje się, dzieląc masę ciała (wyrażoną w kilogramach) przez wzrost do kwadratu (wyrażony w metrach).

BMI (Body Mass Index) wskaźnik masy ciała = masa ciała (kg) / wysokość ciała (m)²

Dla osób dorosłych wartość BMI wskazuje na:

- poniżej 16 - wygłodzenie
- 16 - 16.99 - wychudzenie
- 17 - 18.49 - niedowagę
- 18.5 - 24.99 - wagę prawidłową
- 25.0 - 29.9 - nadwagę
- 30.0 - 34.99 - I stopień otyłości
- 35.0 - 39.99 - II stopień otyłości
- powyżej 40.0 - otyłość skrajną

Uwaga!

U rosnących dzieci (do około 14 roku życia) nie stosuje się wskaźnika BMI. dla oceny stosuje się siatki centylowe. Według WHO nadwaga rozwija się, gdy wynik to liczba w przedziale od 85 do 95 centyla. Z kolei otyłość to zaburzenie, które rozwija się po przekroczeniu 95 centyla.

Kontrolę nad ilością spożywanego pokarmu sprawują ośrodki głodu i sytości znajdujące się w ośrodkowym układzie nerwowym: w podwzgórzu, układzie limbicznym, węchomózgowiu i w korze mózgu.

W praktyce klinicznej powszechnie stosowany jest podział na dwa rodzaje otyłości: związaną z przyczynami jej powstania (prostą i wtórną) i opartą na pomiarach antropometrycznych (typ androidalny i genoidalny). Wśród dzieci i młodzieży najczęściej (98%) występuje otyłość prosta. Otyłość najczęściej powstaje wskutek zaburzenia równowagi między ilością energii dostarczonej wraz z pożywieniem, a ilością wydatkowaną przez organizm. Do najczęstszych przyczyn takiej sytuacji należą: nieprawidłowe nawyki żywieniowe (spożywanie zbyt dużych ilości żywności (przejadanie się), nieprawidłowy skład posiłków z dużą ilością cukrów prostych), mała aktywność fizyczna. Inną przyczyną otyłości prostej mogą być: problemy emocjonalne, nieprawidłowe relacje rodzinne (rozwoły, separacje), stresujący tryb życia z dużym obciążeniem psychicznym, np. wygórowane wymagania szkolne i rodzicielskie. Jedzenie staje się wtedy przyjemnością kompensującą negatywne odczucia i napięcia wewnętrzne. W ten sposób zaburzeniu ulega funkcjonowanie ośrodków sytości i głodu w podwzgórzu i korze mózgowej, prowadząc do ciągłego objadania się;

Otyłość i nadwaga są łatwe do rozpoznania, ale trudne w leczeniu. Dziecko na początku edukacji szkolnej, w gabinecie pielęgniarki szkolnej lub POZ ma przeprowadzony bilans 6-latką. Jest on ważny dlatego, że stanowi bazę do dalszej opieki i porównywania rozwoju dziecka w kolejnych latach nauki w szkole. Jego podstawowym elementem są testy przesiewowe, umożliwiające wczesne wykrywanie zaburzeń w rozwoju i ocenę stanu zdrowia dziecka. W ramach badania dokonuje się pomiarów masy ciała i wzrostu, sprawdza słuch, wzrok oraz ocenia budowę i postawę ciała. Wyniki pomiarów porównuje się z normami określonymi w siatkach centylowych, po czym oblicza wskaźnik masy ciała BMI i na podstawie obowiązujących tabel wartości centylowych BMI dokonuje jego oceny.

Dzieci w wieku 6–9 lat, które mają nadwagę, czyli BMI na poziomie i powyżej 85 centyla, mogą bez drastycznej diety osiągnąć odpowiednią masę ciała w stosunku do wzrostu, jednak należy

pamiętać o ograniczeniu w diecie słodczy i zwiększeniu aktywności fizycznej. Dzieci w wieku 10–12 lat rozwijają się bardzo dynamicznie, szybko rosną. Niewielki nadmiar kilogramów może zostać zniwelowany przez wzrost, lecz nadal należy zwracać uwagę na dietę (mniej słodczy) i aktywność ruchową.

Zdiagnozowanie problemu z nadwagą lub otyłością może mieć miejsc w trakcie badań bilansowych dziecka - w trakcie rutynowych przesiewowych badań lekarz/ pielęgniarka POZ i/lub pielęgniarka szkolna mogą zwrócić uwagę na zbyt wysokie wartości BMI. Umożliwi to podjęcie działań terapeutycznych:

- omówienie (rodzice, dziecko) i modyfikacja nieprawidłowych nawyków żywieniowych – zwiększenie udziału warzyw i owoców, ryb, kasz i razowego pieczywa w codziennej diecie. Wyeliminowanie napojów o znacznej zawartości cukrów (soki, cola), na rzecz wody. Incydentalne korzystanie z barów szybkiej obsługi i fast food
- zadbanie o regularne posiłki i niedojadanie w przerwach między posiłkami (zwłaszcza słodczy, chipsów, ciastek, słodkich napojów)
- zwiększenie wysiłku fizycznego (jazda na rowerze, jazda na rolkach, gra w piłkę, taniec, pływanie, gra w koszykówkę, zimą: jazda na łyżwach, nartach) - przez przynajmniej pół godziny dziennie)
- pomoc psychoterapeutyczna – problem otyłości najczęściej dotyka całej rodziny. Dziecko otyłe (w przedszkolu szkole) ze względu na fizyczne wyróżnianie się w grupie rówieśniczej spotyka się często z nieprzyjawnymi sytuacjami (docinki, złośliwie komentarze, przezwiska), bywa, że jest izolowane, staje się kozłem ofiarnym grupy. Aby uniknąć dalszych przykrości dziecko otyłe samo izoluje się od grupy, klasy, unika kontaktów z rówieśnikami i tym samym, przebywając w domu, samotnie, z coraz mniejszym poczuciem własnej wartości, objada się dalej, rozwijając w ten sposób chorobę. Dlatego dobrym rozwiązaniem może być skorzystanie z pomocy psychologicznej (terapia poznawczo-behawioralna).

Ważne wskazówki:

- unikanie stosowania restrykcyjnych diet
- całkowite zakazywanie spożywania słodczy i słodkich napojów
- nietraktowanie jedzenia jako nagrody i /lub pocieszenia
- niekoncentrowanie się na wadze i odchudzaniu
- wymiana talarze na mniejsze
- kupowanie mniejszych opakowań

Uczeń z cukrzycą w szkole

Źródło: www.adamed.expert

Cukrzyca jest spowodowana zaburzeniem czynności wewnątrz wydzielniczej trzustki – zaburzeniem czynności komórek beta, wydzielających insulinę. Przyczyną rozwoju cukrzycy typu I, zwanej cukrzycą insulinozależną, jest uszkodzenie komórek beta wysp Langerhansa trzustki, produkujących insulinę. W wyniku niedoboru insuliny, dochodzi do zaburzeń metabolizmu węglowodanów, tłuszczów, białek oraz gospodarki wodno-elektrolitowej. Na cukrzycę typu I przeważnie chorują ludzie młodzi, przed 30 rokiem życia. Dlatego często mówi się, że jest to cukrzyca wieku młodzieńczego.

W opiece nad dzieckiem chorym na cukrzycę typu I bierze udział zespół terapeutyczny, w skład, którego wchodzi: lekarz, pielęgniarka, dietetyk, psycholog, rodzice (opiekunowie), pielęgniarka medycyny szkolnej, nauczyciele)

Celem leczenia dzieci i młodzieży chorych na cukrzycę jest:

- umożliwienie im prawidłowego rozwoju fizycznego i psychicznego;
- profilaktyka ostrych (śpiączka ketonowa, hipoglikemia) i przewlekłych (niewydolność nerek, utrata wzroku) powikłań choroby;
- zapewnienie dziecku i jego rodzinie prawidłowej jakości życia.

Cukrzyca dzieci i młodzieży, będąc chorobą przewlekłą dotyka wielu aspektów życia dorastających osób. Ma wpływ na sferę emocjonalną, psychiczną i społeczną.

Młodej osobie mogą towarzyszyć takie uczucia jak np. lęk, złość, smutek, bezsilność, przerażenie, rozpacz, tęsknota czy wstyd. Może wywołać poczucie osamotnienia, winy, niezrozumienia i inności, przygnębienie i utratę nadziei, zaburzać kształtowanie się tożsamości, wpływać na obniżenie poczucia własnej wartości, utrudniać relacje z rówieśnikami. Choroba przewlekła narusza często prawidłowy rozwój psychofizyczny dziecka, może utrudniać edukację, ograniczając aktywność szkolną, a także relacje z rówieśnikami.

U dzieci w wieku szkolnym następuje stopniowy wzrost zrozumienia choroby oraz umiejętności samokontroli, zarządzania własną osobą. Około 7-8 roku życia dzieci mogą czynnie uczestniczyć w badaniach testowych krwi oraz prowadzić rejestrację wyników. Dzieci od 9 roku życia można stopniowo wdrażać w przygotowywanie i podawanie insuliny, początkowo pod nadzorem dorosłych. Należy włączyć monitorowanie stężenia glukozy we krwi i podawanie insuliny w otoczeniu szkolnym. Dzieci starsze (10-letnie) mogą już zrozumieć podstawowe zasady dietetyczne. Dzieci 12-letnie można edukować w zakresie dostosowywania dawek insuliny, 13-14-letnie należy zapoznać z zagrożeniami oraz podkreślać możliwości ich uniknięcia.

Tym ważniejsze staje się odpowiednie przygotowanie środowiska szkolnego na każdym poziomie edukacji. Aby opieka nad dzieckiem w szkole przebiegała prawidłowo konieczne jest ustalenie modelu

komunikacji, zasad współpracy na linii: dziecko-rodzice-szkola.

Wskazane, aby rodzice (opiekunowie) ze swojej strony dostarczyli:

- zaświadczenie lekarskie, zawierające: rozpoznanie choroby przewlekłej, informacje dotyczące postępowania z dzieckiem i konieczności realizacji wskazanych stałych zleceń w czasie pobytu dziecka w szkole, informacje dotyczące rodzaju koniecznych działań w razie wystąpienia nasilenia objawów choroby, ewentualne ograniczenia i zalecenia dotyczące udziału dziecka w zajęciach.
- przekazanie informacji na temat sposobu odżywiania dziecka (liczba planowanych posiłków w szkole, godzina ich spożycia; czy dziecko przynosi posiłki z domu lub czy zaopatruje się w stołówce szkolnej, czy do każdego posiłku musi być podana insulina)
- informacja na temat częstotliwości pomiaru poziomu glukozy we krwi
- Indywidualne, swoiste objawy hipo- i hiperglikemii
- Informacja na temat zalecanych wartości glikemii: przed posiłkiem oraz przed i w trakcie wysiłku fizycznego.
- dostarczenie szkole wyposażenia i akcesoriów (gleukometr, pen, glukagon, odpowiednie napoje, środki stosowane w przypadku hipoglikemii itp.).
- udzielenie informacji na temat innych chorób współistniejących
- przekazanie numerów telefonów kontaktowych do siebie (rodziców, opiekunów), lekarza diabetologa, pielęgniarki POZ i/lub pielęgniarki diabetologicznej

Wskazane działania szkoły to:

- zorganizowanie szkoleń dla nauczycieli na temat cukrzycy (mogą być przygotowywane i prowadzone przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania – przykładowe zagadnienie to: istota cukrzycy typu 1, prawidłowe wartości glukozy we krwi, objawy hipo- i hiperglikemii, postępowanie w przypadku objawów hipo- i hiperglikemii, dieta cukrzycowa, udzielanie pierwszej pomocy w przypadku hipo- lub hiperglikemii, instrukcja i pokaz pomiaru glikemii za pomocą glukometru, instrukcja i pokaz podania insuliny za pomocą pena, instrukcja i pokaz obsługi pompy insulinowej)
- zaznajomienie uczniów z problematyką cukrzycy – np. jeśli wiek pozwala sam uczeń z cukrzycą może przygotować „szkolenie” dla klasy
- zapewnienie warunków do badania poziomu glikemii, podania insuliny/kontroli pompy insulinowej – gabinet pielęgniarki

medycyny szkolnej

- objęcie ucznia opieką pedagogiczno-psychologiczną
- zapewnienie bezpieczeństwa, zapobiegania działaniom dyskryminującym
- pomoc w zaadaptowaniu się w środowisku szkolnym
- rozwijanie zainteresowań dziecka

Dziecko z cukrzycą musi mieć zapewnione w szkole:

- możliwość pomiaru poziomu glikemii
- możliwość podania insuliny w formie iniekcji czy zmiany zestawu infuzyjnego w przypadku leczenia osobistą pompą insulinową - w warunkach zapewniających bezpieczeństwo i dyskrety - np. gabinet pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania
- możliwość spożycia posiłku, jeśli istnieje taka potrzeba – nawet w trakcie trwania lekcji,
- umożliwienie spożycia śniadania, obiadu o określonej godzinie i w takim czasie, aby ten posiłek dokończyć, bez względu na koniec przerwy
- możliwość spożycia dodatkowego posiłku, jeśli zaistnieje taka potrzeba - niedocukrzenie
- nieograniczonego dostępu do wody i łazienki
- uczestniczenie we wszystkich aktywnościach (lekcje w-f, zajęcia pozalekcyjne, konkursy, wycieczki etc.)
- kontakt z rodzicami

W 2019 roku weszła w życie Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami. Nowe przepisy określiły m.in. zasady opieki w szkole nad uczniami przewlekłe chorymi. W ramach ustawy pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania przypadła rola osoby integrującej działania osób sprawujących opiekę zdrowotną nad uczniami. W celu zapewnienia właściwej opieki nad uczniami przewlekłe chorymi w szkole pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna współpracuje z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej, rodzicami, pełnoletnimi uczniami oraz dyrektorem i pracownikami szkoły. Współpraca, obejmuje wspólne określenie sposobu opieki nad uczniem dostosowanego do stanu zdrowia ucznia w sytuacji konieczności podawania leków oraz wykonywania innych czynności podczas pobytu ucznia w szkole.

Meningokoki - co trzeba o nich wiedzieć

Źródło: www.adamed.expert

Dwoinki zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych (Neisseria meningitidis), zwane potocznie meningokokami są gram-ujemnymi bakteriami wywołującymi zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub posocznice meningokokową, określanymi wspólnie mianem inwazyjnej choroby meningokokowej (ICHM). ICHM jest ciężką, gwałtownie postępującą chorobą bakteryjną wywołaną przez wtargnięcie dwoinek Neisseria meningitidis do krwi i/lub ośrodkowego układu nerwowego. ICHM jest najczęstszą postacią zakażeń meningokokowych, zwykle przebiega jako sepsa (posocznica), ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych lub połączenie sepsy z równoczesnym zapaleniem opon mózgowych. Meningokoki mogą wywołać również, ale stosunkowo rzadko zapalenie płuc, ucha środkowego, osierdza, wsierdza, itd.

Dwoinki Neisseria meningitidis zostały po raz pierwszy opisane już w 1887 roku przez austriackiego lekarza, patologa i bakteriologa Antona Weichselbauma. Do czasów dzisiejszych na podstawie budowy otoczki bakterii wyróżniono 13 typów serologicznych dwoinki. Jednak za 90 % zakażeń odpowiadają typy: A, B, C, Y i W135.

Na zakażenie meningokokami narażeni są wszyscy, niezależnie od płci i wieku. Jednak największa liczba zakażeń dwoinkami zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych dotyczy niemowląt (do 1 roku życia),

dzieci i nastolatków. Rocznie w Polsce rejestruje się około 150-200 zachorowań.

Meningokoki bytują najczęściej w jamie ustno-gardłowej osób zdrowych (nosicieli). Do zakażenia dochodzi drogą kropelkową, podczas kontaktu z osobą chorą lub bezobjawowym nosicielem. Okres wylegania choroby wynosi od 2 do 10 dni, najczęściej 3-4 dni.

Zakażeniu meningokokami sprzyja:

- używanie przez kilka osób wspólnych naczyń, sztućców, picie z jednej butelki,
- palenie tytoniu,
- przebywanie przez dłuższy czas wielu osób w zamkniętych pomieszczeniach (koszary, akademiki, internaty, obozy, kolonie, kluby, puby),
- bardziej podatni na zakażenie są ludzie, których organizm jest osłabiony wcześniejszymi infekcjami, wysiłkiem fizycznym, stresem, itp.
- zażywanie tego samego środka psychoaktywnego (wspólne palenie jednego papierosa, wciąganie środków odurzających przez nos).

Meningokoki nie przeżywają długo poza organizmem człowieka.

Gina bardzo szybko pod wpływem powszechnie używanych do mycia detergentów (mydło, płyn do mycia naczyń, itp.).

Objawy zakażenia dwoinką *Neisseria meningitidis* pojawiają się nagle i nieoczekiwanie, szczególnie u niemowląt i dzieci. Są to:

- nagła, wysoka gorączka
- nudności, wymioty,
- zimne ręce i stopy
- tachykardia
- bóle głowy i kończyn
- senność
- odrętwienie
- sztywność karku – objaw oponowy: próba delikatnego przygięcia głowy do mostka napotyka na opór
- nadwrażliwość na światło
- wysypka wybroczynowa - objawiająca się plamkami na skórze całego ciała w postaci drobnych czerwonych punkcików zlewających się w późniejszym okresie w duże plamy, które nie bledną pod naciskiem.

U dzieci poniżej 2 roku życia powyższe objawy mogą być mniej widoczne, a dominują takie jak brak apetytu, biegunka, wymioty, rozdrażnienie, rozpaczliwy płacz, senność lub drażliwość, odchylenie głowy do tyłu, pulsujące ciemniaczko u niemowląt, wybroczyny na skórze.

Dziecko z podejrzeniem IChM wymaga natychmiastowej hospitalizacji – najczęściej na oddziale intensywnej opieki medycznej.

Stopniowe narastanie objawów wiąże się z lepszym rokowaniem. Złe rokowanie dotyczy przypadków z gwałtownym początkiem i posocznicą. Śmiertelność wynosi 10%.

Na co zwrócić uwagę w pielęgnowaniu niemowlęcia/dziecka z inwazyjną chorobą meningokokową (IChM):

- ocena wydolności oddechowej – pomiar liczby oddechów, pomiar saturacji
- ocena wydolności krążenia – monitorowanie ciśnienia tętniczego, tętna, obserwacja skóry,
- obserwacja diurezy – kontrola ilości przyjmowanych płynów, założenie cewnika do pęcherza moczowego, prowadzenie bilansu płynów
- obserwacja pod kątem zaburzeń świadomości
- minimalizowanie bodźców wzrokowych i słuchowych
- obniżanie temperatury ciała w przypadku gorączki – podawanie leków przeciw gorączkowych, okłady chłodzące lub zimne

kompresy żelowe na okolice przebiegu dużych naczyń krwionośnych, skroni i czoła,

- podawanie leków na zlecenie: p/bólowe, antybiotyki (wg zaleceń podawanie antybiotyków przez co najmniej tydzień po ustąpieniu gorączki), płynoterapia
- pobieranie krwi na badania: posiew (obecność meningokoków wykrywa się u mniej niż 50% chorych),
- asystowanie przy pobieraniu płynu mózgowo – rdzeniowego na badania – ułożenie pacjenta (u dzieci najczęściej między 4 a 5 przestrzenią międzykręgową lub niżej), pobiera się mniejszą ilość płynu niż u dorosłego, płyn pobierany jest do jałowych probówek PP. Ważny jest szybki transport materiału biologicznego do laboratorium – do 30 minut.

W ICHM istnieje zwiększone ryzyko szerzenia się zakażenia u domowników (np. jeden z nich jest bezobjawowym nosicielem bakterii). W tym wypadku zasadna jest profilaktyka farmakologiczna poprzez podawanie antybiotyków doustnych.

W profilaktyce zakażenia meningokokami najlepszym sposobem ochrony przed zakażeniem są szczepienia ochronne.

Zgodnie z Komunikatem Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2023, szczepienia przeciwko meningokokom nie są finansowane ze środków publicznych, ale są zalecane do stosowania:

- niemowlętom od ukończenia 6 tygodnia życia lub 8 tygodnia życia w zależności od rodzaju szczepionki,
- dzieciom i osobom dorosłym narażonym na ryzyko inwazyjnej choroby meningokokowej: z bliskim kontaktem z chorym lub materiałem zakaźnym (personel medyczny, pracownicy laboratorium), przebywającym w zbiorowiskach (przedszkolach, żłobkach, domach studenckich, internatach, koszarach),
- osobom z zachowaniem sprzyjającym zakażeniu (intymne kontakty z nosicielem lub osobą chorą, np. głęboki pocałunek),
- osobom podróżującym na tereny endemicznego występowania inwazyjnej choroby meningokokowej – Afryka, głównie tereny na południe od Sahary,
- dzieciom i osobom dorosłym z wrodzonymi niedoborami odporności: z anatomiczną lub czynnościową asplenią, zakażonym wirusem HIV, nowotworem złośliwym, chorobą reumatyczną, przewlekłą chorobą nerek i wątroby, leczonym ekulizumabem z powodu napadowej nocnej hemoglobinurii lub atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego, przed i po przeszczepieniu szpiku oraz osobom leczonym immunosupresyjnie,
- dzieciom w wieku od ukończenia 2 miesiąca życia z grup ryzyka zaburzeń odporności oraz szczególnie narażonym na zachorowanie na nowotwór lub osobom dorosłym, w szczególności powyżej 65 roku życia.

MIZS - Młodzieńcze Zapalenie Stawów

Źródło: *www.adamed.expert*

Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS) to choroba tkanki łącznej, która jest najczęściej diagnozowana u dzieci. Występuje u osób mających predyspozycje genetyczne i narażonych na niekorzystne czynniki środowiskowe: infekcje wirusowe lub bakteryjne, a także sytuacje stresowe. Wymienione czynniki mogą prowadzić do utraty autotolerancji i zaburzeń immunologicznych, a w rezultacie – do procesów zapalnych w tkance chrzęstnej stawów. MIZS charakteryzuje się postępującą destrukcją stawów, powodującą różnego stopnia utrwalone zmiany w układzie ruchu. Komórki jednojądrzaste, takie jak limfocyty T i B, makrofagi i komórki dendrytyczne, obficie naciekają struktury stawowe i wydzielają cytokiny prozapalne (TNF- α oraz interleukiny IL-1 czy IL-6), które przyczyniają się do dalszego rozwoju choroby.

MIZS cechuje się stanem zapalnym jednego lub wielu stawów i ma wciąż niewyjaśnioną etiologię. Według kryteriów International League of Associations for Rheumatology (ILAR) choroba rozpoczyna się przewlekłym stanem zapalnym stawów u dzieci przed 16. rokiem

życia, utrzymującym się co najmniej przez 6 tygodni.

Klasyfikacja MIZS według kryteriów ILAR wygląda następująco:

- skąpostawowe zapalenie stawów,
- zapalenie wielostawowe z obecnością czynnika reumatoidalnego (rheumatoid factor, RF),
- zapalenie wielostawowe bez obecności RF,
- uogólnione MIZS,
- łuszczycowe zapalenie stawów,
- zapalenie stawów związane z zapaleniem przyczepów ścięgniastych,
- nieodróżniane zapalenie stawów.

Przyczyny przewlekłego zapalenia stawów w MIZS pozostają niejasne; rozważana jest nieprawidłowa odpowiedź immunologiczna wywołana interakcjami z czynnikami środowiskowymi u osoby podatnej genetycznie. W próbach wyjaśnienia etiologii choroby bierze się pod uwagę wiele czynników, m.in.:

- infekcje bakteryjne (np. *Chlamydomphila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Campylobacter jejuni*),
- infekcje wirusowe (np. parwowirus B19, wirus Epsteina-Barr),
- czynniki genetyczne.

Z uwagi na szeroką symptomatologię diagnoza MIZS w początkowym stadium choroby jest trudna, a skuteczność terapii zależy od szybkiego rozpoznania i wdrożenia właściwego postępowania. W przypadkach opornych na standardowe leczenie skuteczną alternatywą może być leczenie biologiczne.

Patogeneza MIZS

W przebiegu MIZS pojawiają się nieprawidłowości w funkcjonowaniu mechanizmów, które regulują pracę układu immunologicznego. W trakcie choroby można zaobserwować zaburzenia odpornościowe inicjujące i podtrzymujące proces zapalny. Dochodzi m.in. do:

- aktywacji limfocytów T,
- pobudzenia limfocytów B,
- wzrostu miana przeciwciał klas IgG, IgM, IgA,
- wzrostu aktywności hemolitycznej dopełniacza w surowicy krwi,
- wzrostu stężenia cytokin prozapalnych (IL-1, IL-6, IL-18 i TNF- α) w surowicy krwi i płynie stawowym.

Diagnostyka MIZS

Badaniami najczęściej zlecanymi w celu postawienia diagnozy są:

- morfologia krwi z rozmazem,
- OB (odczyn Biernackiego), CRP (C-reactive protein, białko C-reaktywne) – wskaźniki stanu zapalnego,
- proteinogram,
- oznaczenia RF,
- przeciwciała przeciwjądrowe (anti-nuclear antibodies, ANA),
- przeciwciała antycytrulinowe,
- kreatynina,
- elektrolity: sód, potas,
- próby wątrobowe,
- immunoglobuliny: IgG, IgM, IgA,
- badanie ogólne moczu i posiew moczu,
- badanie densytometryczne (gęstości kości),
- enzymy mięśniowe,
- antygen HLA-B27 (human leukocyte antigen B27, ludzki antygen leukocytny B27),
- markery serologiczne dotyczące zakażeń: *Salmonella*, *Yersinia enterocolitica*, *Borrelia burgdorferi*, badania wirusologiczne,
- próba tuberkulinowa,
- echo serca,
- elektrokardiogram (EKG),
- badanie okulistyczne,
- biopsja błony maziowej chorego stawu.

W celu precyzyjnego określenia liczby i jakości zmian w stawach stosuje się diagnostykę obrazową. Najpopularniejszym i nieinwazyjnym badaniem jest badanie ultrasonograficzne (USG), wykorzystuje się także RTG, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, scyntyografię.

Objawy w przebiegu MIZS

Wśród dominujących objawów MIZS jest zapalenie stawów, które objawia się:

- obrzękiem,
- wysiękiem,
- bolesnością,
- ograniczeniem ruchomości,
- sztywnością.

Zmiany zapalne w przebiegu MIZS rozpoczynają się w błonie maziowej stawów, kolejno zapalenie obejmuje tkankę okołostawową, przyczepy ścięgien i mięśni, pochewki ścięgna oraz nasady kostne. W wyniku zapalenia dochodzi do zniekształceń obrysów stawów, zaburzenia ruchomości, zaników mięśni, przykurczów w stawach, a nawet niepełnosprawności. MIZS charakteryzuje się również sztywnością poranną lub sztywnością po dłuższym spoczynku. Skutkuje to upośledzeniem codziennego funkcjonowania i utrudnia udział w zajęciach sportowych. MIZS ma przewlekły charakter, przebiega z okresami zaostrzeń i remisji.

Jakich stawów dotyczy MIZS?

Proces zapalny w przebiegu MIZS dotyczy:

- dużych stawów obwodowych kończyn dolnych – kolanowych,
- drobnych stawów rąk,
- kręgosłupa w odcinku szyjnym,
- stawów biodrowych,
- stawów skroniowo-żuchwowych.

Jakie są standardy leczenia MIZS?

Nim zostanie wdrożona farmakoterapia, prowadzi się leczenie objawowe, głównie niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi (NLPZ). Następnie, w zależności od wyników badań i obrazu klinicznego, stosuje się terapię z zastosowaniem farmaceutyków takich jak:

- metotreksat,
- sulfasalazyna,
- arechina,
- cyklosporyna A,
- azatiopryna,
- glikokortykosteroidy (GKS),
- terapie biologiczne – w przebiegu bardzo aktywnej postaci MIZS.

Uzupełniającym i niezbędnym składnikiem leczenia farmakologicznego jest kompleksowa rehabilitacja: fizykoterapia i kinezyterapia.

Jaki jest główny cel leczenia MIZS?

Głównymi celami terapii MIZS są wyciszenie nadreaktywnego układu odpornościowego i zmniejszenie procesu zapalnego w stawach. Kolejny ważny cel to niedopuszczenie do osteoporozy, dysfunkcji narządów wewnętrznych, zapalenia błony naczyniowej oka czy amyloidozy.



Probiotyki i prebiotyki a problemy zdrowotne u dzieci

Źródło: www.adamed.expert

Termin „probiotyk” jest stosunkowo „młodym” określeniem. Został on w 1954 roku użyty przez Ferdinanda Vergina w artykule naukowym na temat korzyści, jakie niektóre bakterie wywierają na mikroflorę jelitową. Probiotyk z języka greckiego oznacza „dla życia”.

Probiotyki

Probiotyki to mikroorganizmy, głównie bakterie kwasu mlekowego, mogące zasiedlać różne środowiska, w tym organizm człowieka. Probiotyk może mieć w swym składzie pojedyncze szczepy bakterii kwasu mlekowego (*Lactobacillus* spp., *Streptococcus* spp.), szczepy drożdży (*Saccharomyces* spp.), kultury pleśni (*Aspergillus* spp.) lub też bakterie kwasu mlekowego łącznie z wyselekcjonowanymi szczepami drożdżowymi.

Źródłem probiotyków są m.in. preparaty farmaceutyczne, suplementy diety, napoje fermentowane: kefir, kwaśne mleko, maślanka, jogurty, mleko acidofilne, a także kiszonki: ogórki i kapusta.

Funkcje probiotyków:

- przywracają równowagę mikroflory jelitowej - obniżając pH treści jelita grubego poprzez produkcję metabolitów takich jak: kwas mlekowy, mrówkowy, propionowy czy octowy
- usprawniają proces trawienia m.in. zwiększając resorpcję
- lipidów, wapnia, żelaza, fosforu i aktywują metabolizm aminokwasów
- mają wpływ na wchłanianie witamin, zwłaszcza z grupy B
- wzmacniają odporność
- neutralizują toksyny i inne szkodliwe substancje dostające się do organizmu wraz z pożywieniem
- uczestniczą w produkcji niektórych żeńskich hormonów i neuroprzekazników, w tym serotoniny
- chronią komórki jelit przed degeneracją i mutacjami, pełniąc tym samym rolę w pierwotnej profilaktyce onkologicznej

Szczepy drobnoustrojów o właściwościach probiotycznych stosowane w praktyce (zestawienie jest oparte na badaniach klinicznych):

- *Lactobacillus acidophilus* LC1 - stymulacja odpowiedzi immunologicznej, działanie wspomagające w szczepionkach doustnych
- *Lactobacillus acidophilus* NCFO 1748 - zapobieganie biegunkom i innym niepożądanym działaniom po radioterapii i po leczeniu antybiotykami, leczenie zaparć, obniżanie poziomu enzymów w kale
- *Lactobacillus rhamnosus* GG - leczenie i zapobieganie biegunkom po zakażeniach rotawirusami. Leczenie nawrotowych biegunek spowodowanych przez *Clostridium difficile*. Zapobieganie ostrym biegunkom bakteryjnym, łagodzenie przebiegu choroby Crohna i dziecięcego artretyzmu reumatoidalnego, antagonist bakterii związanych z próchnicą zębów, zapobieganie nawrotowym zapaleniom pochwy
- *Lactobacillus casei* Shirota - hamujący wpływ na rozwój powierzchniowego raka pęcherza i jelita grubego. Ochrona przed zaburzeniami jelitowymi, leczenie biegunek rotawirusowych, utrzymywanie w równowadze mikroflory jelitowej, pozytywne efekty w leczeniu raka pęcherza moczowego,
- *Lactobacillus johnsonii* La1 (NCC533) - stymulacja układu odpornościowego, adhezja do komórek ludzkiego jelita, pozytywne efekty w leczeniu nieżytów przewodu pokarmowego
- *Lactobacillus casei* DN 114 001 - stymulacja układu odpornościowego, zapobieganie i leczenie infekcji jelitowych, dobra przeżywalność w żołądku i dwunastnicy, zmniejszenie częstości i skrócenie czasu trwania ostrych biegunek u dzieci
- *Bifidobacterium bifidum* - leczenie biegunki rotawirusowej, przywracanie równowagi flory jelitowej, właściwości przeciwwrzodowe, eliminacja *Helicobacter pylori*

- *Bifidobacterium breve* Yakult - właściwości przeciwwrzodowe, utrzymanie w równowadze mikroflory jelitowej, ochrona przed biegunkami
- *Lactobacillus reuteri* - obniżanie poziomu enzymów kałowych, kolonizacja przewodu pokarmowego
- *Saccharomyces boulardi* - zapobieganie biegunkom podróżnych, zapobieganie i leczenie biegunek spowodowanych przez *C. difficile*

W jelitach człowieka panuje stan zwany eubiozą – jest to stan równowagi. Około 90% flory bakteryjnej jelit stanowią bakterie kwasu mlekowego wytwarzające kwas mlekowy i krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe. Są to m.in.: *S. thermophilus*, *L. acidophilus*, *B. bifidum*, 1% stanowią enterokoki i *Escherichia coli*. Reszta, czyli 9%, to m.in.: *Clostridia*, *Staphylococci* i zarodniki grzybów.

Do zaburzenia w składzie flory bakteryjnej może przyczynić się np. stres czy nie właściwe nawyki żywieniowe. Procesy te powodują namnażanie się toksycznej flory bakteryjnej jelit np. *Escherichia coli*. Stan eubiozy ulega zaburzeniu, o równowadze nie może być już mowy. Dochodzi do dysbiozy - stanu, w którym zmniejsza się ilość bakterii prozdrowotnych, a wzrastająca ilość bakterii toksycznych powoduje wystąpienie takich objawów jak: biegunka, zaparcia, wzdęcia czy niestrawność.

Liczne badania naukowe potwierdziły, że zastosowanie probiotyków skraca czas trwania biegunki u dzieci o jeden dzień i zmniejsza o około 60% ryzyko biegunki utrzymującej się powyżej 4 dni. Według zaleceń European Society for Paediatric Infectious Diseases w leczeniu ostrej biegunki można rozważyć – zawsze jako uzupełnienie nawadniania – stosowanie następujących probiotyków: *L.Rhamnosus* GG i *S. boulardii*.

Stosowanie antybiotyków w przebiegu infekcji bakteryjnych może wiązać się z wystąpieniem objawów ubocznych w postaci biegunek. Największe ryzyko stwarzają antybiotyki z grupy: aminopenicylin, amoksycylina z kwasem klawulanowym, klindamycyna oraz niektóre cefalosporyny. Również z tym wypadku badania dowiodły, że stosowanie probiotyków zmniejsza o około 42% ryzyko wystąpienia biegunki.

Poza tym suplementy probiotyków podaje się dzieciom, po konsultacji z lekarzem, w sytuacji nawracających infekcji dróg oddechowych. Nie powinno się stosować probiotyków u chorych: z niedoborem odporności, w ciężkim stanie ogólnym hospitalizowanych na oddziale intensywnej terapii oraz u chorych z cewnikiem w żyłę centralną.

Prebiotyki

Prebiotyki są traktowane jako wspomaganie probiotyków i ich działania. Mogą być wprowadzone sztucznie do żywności w celu poprawienia wartości odżywczej i zdrowotnej, np. inulina, fruktooligosacharydy, laktuloza, czy pochodne galaktozy i β -glukanów. Są one pożywką dla probiotyków, stymulują ich wzrost i w przeciwieństwie do nich, nie ma w ich składzie mikroorganizmów. Prebiotyki są nietrawione przez endogenne enzymy w organizmie człowieka, praktycznie niestrawione docierają do okrężnicy i tam ulegają całkowitej fermentacji, rozkładane przez *Bifidoacterie*.

Główne kryteria, jakie powinny spełniać prebiotyki to: obniżanie pH treści pokarmowej, nieuleganie hydrolizie ani wchłanianiu w górnych partiach przewodu pokarmowego.

Prebiotyki naturalnie występują w produktach takich jak: jabłko, czosnek, cykorja, szparagi, pszenica, cebula, banany, kakao, siemię lniane, soja. Naturalne prebiotyki zawiera również mleko matki, dlatego jest to kolejny ważny argument przemawiający za karmieniem naturalnym. Prebiotyki są również produkowane w sposób chemiczny, sztuczny – za najbardziej efektywne uznaje się inulinę i oligofruktozę. Prebiotyki znajdują się także w mleku modyfikowanym podawanym niemowlętom.

Kombinacja probiotyku i prebiotyki nazywana jest symbiotykiem. Działanie probiotyków jest pobudzane przez działanie prebiotyków, dając efekt synergistyczny.

Alergie u niemowląt

Źródło: www.adamed.expert

Termin „alergia” został użyty po raz pierwszy w 1906 roku przez Klemensa von Pirqueta, stanowi on połączenie dwóch słów greckich: allos – różne, zmienne i ergos – działanie, reakcja. Obecnie pod tym pojęciem rozumiemy nadmierną, swoistą odpowiedź immunologiczną na czynniki zewnętrzne, która prowadzi do wystąpienia objawów chorobowych.

W zależności od drogi przedostania się alergenu do organizmu wyodrębnia się:

- alergię powietrzno pochodną (wziewną)
- alergię kontaktową
- alergię pokarmową.

W oparciu o manifestację kliniczną objawów alergii jest rozpoznawana:

- postać skórna (atopowe zapalenie skóry, wyprysk kontaktowy, pokrzywka, obrzęk naczynioruchowy)
- postać dotycząca błon śluzowych (nieżyt nosa, nieżyt spojówek, astma)

Najczęstszymi alergenami wziewnymi (powietrzno pochodnymi) są:

- pyłki roślin – mogą być przenoszone przez wiatr lub przez owady. Do najczęściej uczulających pyłków roślin należą: trawy, chwasty (bylica, babka, szczaw, komosa, pokrzywa) i drzewa (najbardziej uczulające: leszczyna, olcha, brzoza).
- roztocza – alergia na roztocza popularnie nazywana jest „alergią na kurz”. Objawy alergii występują przez cały rok, mając różny stopień nasilenia. Przy zwiększonej wilgotności powietrza może następować nasilenie objawów alergicznych.
- zarodniki grzybów pleśniowych – główne dwa typy to *Alternaria alternata* i *Cladosporium herbarum*
- alergeny zwierząt – najczęstsze są alergie na zwierzęta domowe: np. kot, pies, świnka morska, chomik, królik. Mogą też pojawiać się nietypowe reakcje alergiczne na alergeny zwierząt takich jak: szczur, mysz, koń.

Najczęstszym alergizującym czynnikiem pokarmowym, mogącem przyczynić się do anafilaksji są: u niemowląt – białka mleka krowiego i jaja kurzego, u dzieci starszych i młodych dorosłych – orzeszki ziemne, orzechy oraz skorupki.

Szczyt występowania alergii pokarmowej przypada na pierwszy rok życia (okres niemowlęcy) i zmniejsza się w ciągu pierwszej dekady. Można to tłumaczyć między innymi wczesną niedojrzałością układu immunologicznego przewodu pokarmowego, mniejszym wydzielaniem kwasu solnego w żołądku oraz różnicami w zakresie składu i jakości flory jelitowej.

Jak wspomniano powyżej, w przypadku niemowląt najczęstszą alergią pokarmową jest alergia na białko mleka krowiego. Reakcje alergiczne po spożyciu mleka krowiego mogą przebiegać w sposób miejscowy lub uogólniony (wstrząs anafilaktyczny).

Reakcje miejscowe po spożyciu białka mleka krowiego dotyczą:

- układu pokarmowego – częste ulewianie, kolki, biegunka lub zaparcia, bóle brzucha, refluks żołądkowo-przełykowy, brak przyrostu masy ciała;
- układu oddechowego – świszczący oddech, sapka, przewlekły kaszel, zapalenie oskrzeli, astma, surowicze zapalenie ucha środkowego, nieżyt nosa;
- skóry – pokrzywki, obrzęk naczynioruchowy, atopowe zapalenie skóry
- układu nerwowego – nadpobudliwość, omdlenia, drgawki, zaburzenia snu, bóle głowy

Postępowanie po wystąpieniu alergii na białko mleka krowiego:

- zaprzestanie podawania niemowlęciu mleka krowiego w każdej postaci
- w zamtan: karmienie piersią (należy na okres do 4 tygodni (co najmniej 2 tyg.) całkowicie wyeliminować mleko krowie i zawierające je pokarmy) i/lub podawanie mieszanek niezawierających mleka krowiego (np. odżywki zawierające białko

hydrolizowane HA, preparaty mlekozastępcze, odżywki na bazie białka sojowego, kleiki, kaszki nie zawierające białek mleka).

Według ostatnich doniesień żaden test skórny ani badanie krwi nie umożliwia rozpoznania alergii na białko mleka krowiego o opóźnionym początku (IgE-niezależnej). Jedyny wiarygodny test polega na eliminacji białka mleka krowiego z diety matki (w przypadku karmienia wyłącznie piersią) lub z diety u dziecka karmionego mlekiem modyfikowanym (sztucznie), a następnie ich ponownym wprowadzeniu w zaplanowany sposób.

W diagnostyce alergii u niemowląt w pierwszej kolejności przeprowadza się wywiad, badanie fizykalne, a następnie wykonuje testy skórne. Główne elementy wywiadu to uzyskanie informacji na temat:

- kiedy pojawiły się pierwsze objawy alergii,
- lokalizacji i objawów alergii (np. kolki, bóle brzucha, pokrzywka, katar, zaburzenia snu),
- sposobu karmienia dziecka,
- narażenia na alergeny wziewne,
- dotychczasowych szczepień,
- występowania alergii wśród innych członków rodziny
- stosowane preparaty do higieny skóry – pod kątem narażenia na podrażnienia

W badaniu fizykalnym zwracamy uwagę na: lokalizację i charakter zmian alergicznych, ocenę nosa (obrzęk, obecność wydzieliny w kanale nosowym), badanie oczu (łzawienie, obrzęki, zasilenie wokół oczu, ocenę oddychania).

W rozpoznawaniu alergii u dzieci wykorzystuje się proste i szybkie w użyciu punktowe testy skórne (PTS) oraz testy serologiczne wykrywające IgE. Testy punktowe wykonuje się najczęściej na plecach – nakłada się kroplę preparatu zawierającego alergen. Następnie w miejscu zakroplenia wykonuje się zadrapanie, tak by mogło dojść do ewentualnej reakcji alergicznej. Ważne jest przygotowanie odpowiednie wyposażenie gabinetu, w którym wykonywane są testy skórne (zestaw do resuscytacji, zestaw przeciwwstrząsowy, źródło tlenu).

Na zakończenie jeszcze kilka słów o atopowym zapaleniu skóry (AZS), będącym szczególnym objawem alergii o podłożu najczęściej pokarmowym. Obraz kliniczny choroby może być bardzo zróżnicowany. AZS niemowląt pojawia się w 3 miesiącu życia i występuje jako pierwsza choroba atopowa w życiu. Ma postać zmian grudkowo-wysiękowych, które łatwo ulegają nadkażeniu. Zmianom na skórze towarzyszy świąd, dziecko jest niespokojne i płacliwe. Zmiany występują w zgięciach kończyn, na twarzy i owłosionej skórze. U około 50% przypadków, zmiany ustępują do 2 roku życia.

Następny rzut choroby może pojawić się w wieku szkolnym i pokwitania, ale pod postacią wyprysku liszajowatego, umiejscowionego szczególnie w zakresie dużych zgięć. Jednocześnie cechy skóry dzieci i młodzieży upodabniają się do skóry pacjentów dorosłych, którą cechuje przewlekła suchość z elementami rybiej łuski oraz nadwrażliwość na czynniki toksyczne, w naturalny sposób nasilające objawy chorobowe.

Leczenie Atopowego Zapalenia Skóry ma na celu zmniejszenie dolegliwości pacjenta i zmniejszenie stanu zapalnego skóry, która ma skłonność do wyraźnego przesuszania. Stąd ważne będzie jej nawilżenie i natłuszczenie.

Emolienty, czyli preparaty nawilżające - natłuszczające, są główną linią kosmetyków w pielęgnacji niemowląt z AZS. Szczególnie wartościowe są te emolienty, które w swoim składzie zawierają mocznik (5-10%) utrzymujący odpowiednie nawilżenie warstwy rogowej naskórka lub zawierają brakujące składniki naskórka, takie jak ceramidy lub inne tłuszcze. W niektórych przypadkach w skład preparatów nawilżających wchodzi dodatkowe środki znieczulające, np. 3% roztwór polidokanolu, ograniczający uporczywy świąd skóry. Skuteczne nawilżanie suchej skóry powinno być przeprowadzane przynajmniej dwa razy dziennie.

W pielęgnacji skóry atopowej niemowlęcia dużą rolę odgrywa kąpiel z zastosowaniem odpowiednich preparatów nawilżających i natłuszczających oraz środki kosmetyczne aplikowane bezpośrednio po kąpieli oraz wielokrotnie w ciągu dnia. Dobór odpowiedniej linii kosmetyków nie jest łatwy, zważywszy na fakt, że skóra atopowa charakteryzuje się skłonnością do wtórnych alergii.

Dlaczego kikut pępowinowy noworodka jest czarny?

Źródło: www.adamed.expert

Kikut pępowinowy to reszta pępowiny, która pozostaje po narodzinach dziecka. Pielęgnacja okolicy kikutu jest niezwykle istotna, ponieważ niewłaściwe postępowanie może prowadzić do infekcji, krwawienia lub innych powikłań.

Zgodnie z wytycznymi zawartymi w książce „Neonatologia. Praktyczne umiejętności w opiece nad noworodkiem”, prawidłowa pielęgnacja kikutu pępowinowego stanowi jeden z kluczowych elementów opieki nad noworodkiem w pierwszych dniach życia.

Co to jest kikut pępowinowy?

Pępowina to elastyczny przewód, który składa się z dwóch tętnic i jednej żyły, a jej drożność utrzymywana jest dzięki ochronnej warstwie galarety Whartona – twardej, zbitej substancji o szarej barwie. Średnia długość pępowiny wynosi około 50 cm. W pierwszych godzinach po narodzinach kikut pępowiny może być jeszcze elastyczny, ale szybko zaczyna wysychać i ciemnieć. Zjawisko to jest efektem nagłego zatrzymania przepływu krwi w tętnicach i żyłach pępowinowej oraz gromadzenia się krwi w obrębie kikutu pępowiny.

Proces odpadania kikutu

Zwykle odpada on samoistnie po około 7–21 dniach po porodzie, w zależności od różnych czynników, takich jak higiena, sposób pielęgnacji, czy stan zdrowia noworodka. Kikut pępowinowy zawiera fragmenty naczyń krwionośnych, które z czasem się zamykają,

a reszta pępowiny wysycha, stając się twarda i krucha. Proces gojenia jest naturalny, ale wymaga odpowiedniej opieki, by uniknąć zakażenia. Odpadanie kikutu nie powinno być przyspieszane poprzez szarpanie, wycinanie lub jakiegokolwiek mechaniczne ingerencje. Należy pozwolić, by kikut sam się oddzielił, co jest naturalnym procesem gojenia. Należy również unikać prób przyspieszania procesu odpadającego kikutu poprzez stosowanie domowych metod, takich jak smarowanie kikutu różnymi substancjami.

Higiena

Podstawową zasadą pielęgnacji kikutu pępowinowego jest utrzymanie odpowiedniej higieny w tym obszarze. Zgodnie z zaleceniami nie należy zanurzać kikutu pępowinowego w wodzie (np. podczas kąpieli dziecka), ponieważ nadmiar wilgoci może sprzyjać rozwojowi bakterii. Dodatkowo zaleca się, aby pieluchy były zakładane w sposób zapewniający odpowiednią wentylację okolicy kikutu – na przykład poprzez składanie krawędzi pieluchy tak, by nie dotykała ona miejsca kikutu. W pielęgnacji kikutu pępowinowego stosuje się pielęgnację „na sucho”. Oznacza to, że nie musimy używać do jego pielęgnacji żadnych płynów, a podczas każdej kąpieli należy delikatnie osuszać go czystym, suchym gazikiem. Warto, aby kikut miał kontakt z powietrzem. Traktowanie kikutu pępowinowego roztworem zbyt silnego alkoholu może podrażnić wrażliwą skórę noworodka.

WAŻNE! Kikut pępowinowy to fragment pępowiny, który nie zawiera zakończeń nerwowych, co oznacza, że dziecko nie czuje bólu w tym miejscu.

Zespół sercowo-nerkowo-metaboliczny – wyzwanie współczesnej medycyny

Źródło: www.nursing.com.pl

Pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi należy diagnozować kompleksowo, zwracając uwagę również na możliwość występowania cukrzycy i chorób nerek – podkreślają eksperci. Zwracają uwagę, że mechanizmy odpowiedzialne za te schorzenia są ze sobą ściśle powiązane i wzajemnie się napędzają, co sprawia, że jedna choroba może przyczyniać się do rozwoju kolejnych.

Rosnąca liczba przypadków chorób metabolicznych, kardiologicznych i nerkowych była jednym z powodów, dla których Amerykańskie Towarzystwo Kardiologiczne (AHA) w 2023 roku zdefiniowało tzw. zespół sercowo-nerkowo-metaboliczny (CRM). Szacuje się, że w Polsce schorzenie to dotyczy nawet kilkunastu milionów osób.

CRM nie jest nową chorobą, lecz systemowym zaburzeniem, które łączy w sobie różne patologie, takie jak przewlekła choroba nerek, zaburzenia metaboliczne oraz problemy sercowo-naczyniowe. Dotychczas każdą z tych chorób leczono osobno, ale specjaliści wskazują na potrzebę całościowego podejścia do pacjenta, aby skutecznie zapobiegać progresji schorzeń i ograniczać ryzyko powikłań.

Zespół CRM zwiększa ryzyko uszkodzenia wielu narządów oraz wystąpienia takich schorzeń jak niewydolność serca, migotanie przedsionków, choroba wieńcowa, udar mózgu czy choroby tętnic obwodowych. Kluczowe dla skutecznego leczenia jest zrozumienie powiązań między metabolicznymi czynnikami ryzyka a chorobami nerek i serca.

Do czynników zwiększających ryzyko CRM należą przewlekłe stany zapalne, niezdrowy styl życia (brak aktywności fizycznej, niewłaściwa dieta, stres, stosowanie używek), zaburzenia psychiczne i problemy ze snem. Znaczenie mają także specyficzne czynniki, takie jak przedwczesna menopauza, cukrzyca lub niewydolność nerek w wywiadzie rodzinnym oraz podwyższone stężenie białka C-reaktywnego. Wielu pacjentów zmaga się z kilkoma tymi czynnikami jednocześnie.

Eksperti zwracają uwagę, że schorzenia występujące w przebiegu zespołu CRM negatywnie wpływają na jakość życia pacjentów, zarówno w wymiarze fizycznym, jak i psychicznym. Przewlekłe choroby są wyczerpujące emocjonalnie, a towarzyszące im zaburzenia, takie jak depresja czy lęk, często dodatkowo komplikują proces leczenia.

Wykrycie zespołu CRM możliwe jest dzięki prostym badaniom oceniającym funkcje serca, nerek oraz parametry metaboliczne, takie jak poziom hemoglobiny glikowanej, EFGR, ACR (stosunek albuminy do kreatyniny w moczu) czy badanie echokardiograficzne. Kompleksowe podejście diagnostyczne pozwala na wczesne rozpoznanie i lepsze dopasowanie terapii do potrzeb pacjenta.



Pielęgniarka jako edukator społeczny

Źródło: www.nursing.com.pl

Czym jest edukacja zdrowotna? Jest to aktywność, która ma na celu informowanie jednostki lub grupy o przyczynach i charakterze choroby i zdrowia oraz ryzyku zachorowania związanym ze stylem życia. Powinna motywować do zmiany systemu wartości tak, by zmieniła swoją postawę idąc ku lepszej przyszłości (w rozumieniu zdrowia fizycznego oraz psychicznego).

Edukacja zdrowotna ukierunkowana jest na pacjenta lub grupy społeczne, składa się z:

- zdobywania wiedzy o zdrowiu,
- motywowania do podjęcia przez jednostkę działań prozdrowotnych,
- promowania zdrowego stylu życia,
- rozwijania w ludziach kompetencji dbania o swoje zdrowie,
- pomocy w pokonywaniu barier społecznych,
- zachęcania do wykonywania **badan profilaktycznych**.

W edukacji zdrowotnej możemy wyróżnić 3 podstawowe podejścia:

1. Promocyjne.
2. Profilaktyczne.
3. Terapeutyczne.

Jaką rolę może pełnić pielęgniarka?

W Ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej [2011] oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń (...) udzielanych przez pielęgniarkę – mamy opisane czynności polegające na „samodzielnym udzieleniu świadczeń zapobiegawczych (...) edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia”

Na czym powinna opierać się edukacja zdrowotna?

Praktyka pielęgniarska w aspekcie behawioralnym oparta jest na dowodach naukowych – nie tylko w formie teoretycznej, ale i praktycznej. Pielęgniarka kończąc studia uzyskuje możliwości spełniania się w roli edukatora zdrowia. Świadome realizowanie przez pielęgniarkę zadań promotora zdrowia, łącząc z działaniami innych specjalistów (np. lekarzy, fizjoterapeutów) wpływa na jakość i efektywność edukacji zdrowotnej danej grupy społecznej.

Pielęgniarka specjalizująca się w promocji zdrowia publicznego posiada wiedzę z zakresu: komunikowania się w promocji zdrowia, modele planowania i interwencji zdrowotnej, organizacja i zarządzanie w promocji zdrowia, media oraz marketing edukacyjny. Dzięki wiedzy teoretycznej staje się posiadaczem kompetencji takich jak: znajomość metodyki oraz planowanie edukacji zdrowotnej z określeniem niezbędnych środków dydaktycznych.

Opieka pielęgniarska w ranach i ranach przewlekłych - powikłania, zakażenia, pielęgnacja

Źródło: www.nursing.com.pl

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 roku, pielęgniarka może samodzielnie udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia ran. Warunkiem jest posiadanie wiedzy i kompetencji w tym zakresie, uzyskanej na drodze ukończenia studiów II stopnia na kierunku pielęgniarstwo, kursu specjalistycznego lub kwalifikacyjnego, a także specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa. Każda ze ścieżek kształcenia musi swoim programem obejmować tematykę leczenia ran. Pielęgniarka, która w sposób kompleksowy koordynuje procesem leczenia ran w zespole interdyscyplinarnym, powinna również ukończyć kursy specjalistyczne, takie jak wywiad i badanie fizykalne oraz ordynowanie leków i wypisywanie recept.

Pacjenci wymagający opieki w zakresie leczenia ran są spotykani w szpitalach, placówkach opieki długoterminowej, w środowisku, a zakres wiekowy tych pacjentów jest bardzo szeroki, od niemowląt do osób w wieku podeszłym. Zwiększenie kompetencji pielęgniarek

Najprościej mówiąc, codziennością pracy pielęgniarki jest edukacja w relacji z pacjentem. Rozpoznaje realne potrzeby, uwzględniając stan psychiczny (nastawienie), fizyczny (dana jednostka chorobowa) oraz społeczny (rekonwalescencja w warunkach domowych).

Przykładowa epikryza

Pan N. został przyjęty do oddziału z powodu zaawansowanej stopy cukrzycowej. Został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego (amputacja stopy na wysokości podudzia). Pobyt w szpitalu niepowikłany. Wypisany do domu zgodnie z zaleceniami.

Jak ważną rolę będzie pełnić edukacja pacjenta przez pielęgniarki w tym zakresie?

To pielęgniarka podczas pobytu w szpitalu będzie kontrolować stan pacjenta:

- pod względem bólu (edukacja w radzeniu sobie z bólem fantomowym),
- gojenia się rany (zalecenia odnośnie jej pielęgnacji),
- motywowanie do zmiany stylu życia (poprzez przestrzeganie diety cukrzycowej),
- promowanie dbania o zdrowie (poprzez regularne wizyty w poradni diabetologicznej),
- zadbanie o dobrostan psychiczny (poinformowanie o możliwości protezowania, rehabilitacji),
- przeprowadzenie wywiadu środowiskowego (uwzględnienie sytuacji rodzinno-środowiskowej, przystosowanie do życia jako osoba niepełnosprawna).

Efekty działań edukacyjnych są oczywiście zależne nie tylko od wykształcenia pracownika, czy od sposobu przekazywania wiedzy i metod dydaktycznych. To od samego pacjenta zależy czy działania podjęte przez pielęgniarkę osiągną zamierzony cel – od jego chęci współpracy, warunków środowiskowo-społecznych oraz samopoczucia fizycznego. Nawet najlepsze metody zawodzą, jeśli osoba chora nie ma samozaparcia i chęci do zmiany. Zmiany na lepsze, dla swojego zdrowia.

Edukacyjna rola pielęgniarki nie kończy się jedynie na terenie podmiotów leczniczych, w których pracuje. Obecnie coraz więcej medyków przekazuje informacje w zakresie opieki zdrowotnej poprzez social media. Nie tylko poprzez publikację treści, ale także poprzez negowanie fałszywych, nie mających zastosowania w nauce czy medycynie, sposobów na poprawę zdrowia.

Dodatkowo, osoby medyczne angażują się lokalnie w swoich społecznościach. Organizują zajęcia dla seniorów, dzieci i młodzieży. Edukują i promują zdrowe nawyki i styl życia. Najmłodszy zapoznawani są z zawodami medycznymi, ułatwiając w ten sposób przełamanie barier – strachu i obawy przed personelem medycznym.

w zakresie leczenia ran, a także powstawanie praktyk pielęgniarskich skupiających swoją działalność w tym obszarze, napawa dużym optymizmem. Jednak pacjent zazwyczaj trafia do specjalistów dopiero po latach cierpienia i izolacji spowodowanej niegojącymi się ranami. Dlatego też, każda pielęgniarka niezależnie od miejsca pracy, powinna posiadać wiedzę na temat leczenia ran, wiedzieć gdzie pokierować pacjenta w celu uzyskania specjalistycznej pomocy oraz gdzie szukać informacji opartych na dowodach naukowych.

Fazy gojenia się ran

Proces gojenia rany odbywa się czterostopniowo. Pierwsza faza to hemostaza, podczas której uruchamiana jest kaskada krzepnięcia prowadząca do zatrzymania krwawienia w obrębie urazu. Dochodzi tutaj do zwężenia naczyń krwionośnych oraz utworzenia tymczasowej macierzy. Po kilku godzinach rana wchodzi w fazę zapalną, gdzie główną rolę odgrywają neutrofile które zapobiegają infekcji rany. Stopniowo są one zastępowane przez makrofagi które oczyszczają ranę z tkanek martwiczych. Kolejnym etapem jest faza proliferacji. Podczas tej fazy pojawia się w ranie ziarnina, czyli tkanka żywoczerwona bogata w zakończenia krwionośne, fibroblasty, makrofagi, kolagen oraz macierz komórkową. Komórki ziarniny stymulowane czynnikami wzrostu wypełniają ranę powodując jej stopniowe zamykanie. Ostatnia, faza przebudowy, może trwać nawet

kilkanaście miesięcy, a jej głównym celem jest przebudowa oraz dojrzewanie komórek oraz tworzenie blizny.

Zakażenie rany

Rany dzielimy na ostre i przewlekłe. Jeżeli proces wyleczenia rany nie nastąpi w ciągu 14 dni, to istnieje duże prawdopodobieństwo, że rana zatrzymała w fazie zapalnej przechodząc w stan przewlekły.

Istnieje kilka czynników które powodują przejście rany w stan stagnacji gojenia. Są to:

- wzrost mediatorów zapalnych,
- infekcja rany,
- Hipoksja,
- nieodpowiednie odżywienie rany,
- Biofilm.

Biofilm stanowi niewidzialną barierę w leczeniu ran. Jest to skupisko bakterii zawieszonych w śluzie zbudowanym z białek i cukrów, które pełnią rolę pożywkę dla drobnoustrojów i chronią je przed niesprzyjającymi warunkami środowiskowymi. Tak jak wspomniano, biofilm jest niemożliwy do zaobserwowania gołym okiem, jednak na jego występowanie może wskazywać lśniąca powierzchnia łożyska rany. Biofilm odbudowuje się w ciągu 24 godzin, dlatego w walce z nim kluczowe jest regularne oczyszczanie rany oraz odpowiednia antyseptyka.

Do objawów infekcji miejscowej rany zaliczamy:

- zatrzymanie gojenia,
- powiększenie rany,
- pojawienie się nadmiernej wydzieliny oraz martwicy rozplywnej w łożysku rany,
- powstawanie przetok i rozwarstwienie tkanek,
- nieprzyjemny zapach,
- ból,
- zaczerwienienie,
- obrzęk.

Antyseptyki stosowane w leczeniu ran przewlekłych

Do głównych zadań antyseptyków należy niwelowanie drobnoustrojów w łożysku rany. Należy pamiętać, że w leczeniu ran przewlekłych zakazane jest stosowanie tzw. starych antyseptyków takich jak **woda utleniona, rivanol, kwas borny czy chlorheksydyna**, które są cytotoksyczne, hamują proces gojenia oraz niszczą ziarninę. Nie używamy również mydła oraz antybiotyków miejscowych. Nowoczesne antyseptyki możemy podzielić na dwie grupy: **powierzchniowoczynne i niepowierzchniowoczynne**.

Grupa antyseptyków **powierzchniowoczynnych** doskonale nadaje się do mechanicznego oczyszczania rany. Działają one w łożysku rany na poziomie wysięku. Stosując antyseptyki z tej grupy należy zapewnić odpowiedni drenaż rany, gdyż substancje te pozostawione w ranie, mogą powodować wtórne stany zapalne. Do antyseptyków z tej grupy zaliczamy: **oktenidynę, poliheksanid (PHMB), jodynę powidonową (PVP-I)**, opatrunki zawierające związki **srebra emitujące jony**.

Antyseptyki **niepowierzchniowoczynne** działają głęboko w tkankach. Należą do nich **podchloryny**, opatrunki zawierające **srebro nanokrystaliczne, srebro metaliczne drobnocząsteczkowe, siarczan srebra, kadeksomer i kompleks jodu, miody medyczne oraz wyciąg z żywicy**. Dla uzyskania pożądanego efektu i zniwelowania stanu zapalnego rany, zaleca się połączenie dwóch różnych antyseptyków. **Podchloryny** uznaje się za najbezpieczniejszy antyseptyk do stosowania w tkankach głębokich, płukania jam ciała oraz do stosowania na odsłonięte kości i chrząstki. Do stosowania na odsłonięte kości i chrząstki jest również zalecany **PVP-I**, jednak po zastosowaniu tego antyseptyku należy zadbać o odpowiedni drenaż i wypłukanie jego pozostałości z głębi rany.

Należy mieć również na uwadze, że niektórych substancji nie wolno ze sobą łączyć. Do **zakazanych kombinacji antyseptyków** należą:

- oktenidyna ze związkami jodu,
- opatrunki zawierające siarczan srebra lub srebro nanokrystaliczne z innymi antyseptykami,
- opatrunki zawierające srebro jonowe z solą fizjologiczną oraz z jodopowidonem,
- związki jodu z miodami medycznymi.

Drobnoustroje rozwijają się w zasadowym środowisku, dlatego zawsze należy dążyć do obniżenia pH do 4. Obniżenie pH można uzyskać stosując wspomniane wcześniej **miody medyczne**.

Koncepcja TIMERS

Kluczowym dla zapewnienia prawidłowego procesu leczenia ran jest wdrożenie koncepcji określonej akronimem TIMERS. Strategia ta została opracowana przez ekspertów Europejskiego Towarzystwa Leczenia Ran i jest fundamentalna w zakresie leczenia ran.

Składowe strategii TIMERS

T (tissue debridement), czyli oczyszczanie łożyska rany. Rana musi być oczyszczona mechanicznie z martwicy i biofilmu każdorazowo przed zmianą opatrunku. Do mechanicznego oczyszczania można użyć gąbek poliuretanowych w połączeniu z antyseptykiem **powierzchniowoczynnym**, narzędzi chirurgicznych lub ultradźwięków. Metodą oczyszczania łożyska rany, która zyskuje na popularności są larwy *Lucilia sericata*. Najczęściej metoda ta jest stosowana w ranach w obrębie stopy cukrzycowej. Obiecującą metodą jest również terapia podciśnieniowa (NPWT) która w połączeniu z zastosowaniem antyseptyków przyczynia się przyspieszenia procesu ziarninowania.

I (Infection and inflammation control). Zastosowanie odpowiedniej antyseptyki jest kolejnym punktem w strategii TIMERS. Przynosi on oczekiwane rezultaty tylko jeżeli rana została dokładnie oczyszczona, a opatrunek z środkiem antyseptycznym dobrany odpowiednio pod kątem fazy gojenia.

M (moisture balance). Gojenie rany możliwe jest jedynie w wilgotnym środowisku, gdzie poziom wysięku jest właściwie kontrolowany. Utrzymanie właściwego poziomu wilgotności sprzyja procesowi tworzenia nowych naczyń krwionośnych, syntezy kolagenu i autolitycznego oczyszczania rany. W celu zapewnienia odpowiedniej wilgotności łożyska rany, a tym samym wspomaganie autolitycznego oczyszczania rany, zaleca się stosowanie opatrunków lipidokoloidowych, poliuretanowych, hydrowłóknistych, hydrożelowych lub opatrunków zawierających alginiany. Dostępne są również opatrunki hydroaktywne o właściwościach płuczących oraz wysokochłonne superabsorbenty.

E (edges, epidermization stimulation). Wprowadzenie działań zmniejszających ryzyko maceracji i nadkażenia brzegów rany ma istotne znaczenie w stymulacji naskórkowania. W tym celu rekomendowane są opatrunki pochłaniające nadmiar wysięku z rany. Do pielęgnacji skóry wokół rany zaleca się każdorazowe zabezpieczanie brzegów maściami o właściwościach hydrofobowych oraz używanie środków myjących o lekko kwaśnym pH.

R (regeneration and repair tissue). W celu stymulacji komórek i szybkiego zamknięcia rany można wprowadzić terapie dodatkowe takie jak tlenoterapia, terapia komórkami macierzystymi lub czynnikiem wzrostu, laseroterapia lub ozonoterapia.

S (social and patient related). Sukces leczenia ran zależy od prawidłowej współpracy pielęgniarki i pacjenta. Partnerskie podejście oraz ciągły proces edukacji są kluczowe w uzyskaniu zadowalających efektów terapii.

Strategia TIMERS to złoty standard w terapii ran przewlekłych. Wdrożenie do praktyki pielęgniarskiej zasad TIMERS jest kluczową kwestią dla osiągnięcia usystematyzowanego i kompleksowego procesu leczenia.

Ból pooperacyjny - postępowanie, efektywne leczenie bólu, kompetencje pielęgniarek i postępowanie przeciwbólowe

Źródło: www.adamedexpert

Ból jest naturalną reakcją organizmu na istniejące lub potencjalne zagrożenie uszkodzeniem tkanek lub narządów. Charakteryzuje się nieprzyjemnym, zmysłowo-emocjonalnym odczuciem. Ból jest jednym z wielu problemów, z którymi mierzy się współczesna medycyna, a jego szczególnie rodzajem jest ból pooperacyjny. W okresie pooperacyjnym pacjenci są szczególnie narażeni na jego zwiększone odczuwanie. Postępowanie przeciwbólowe po zabiegach operacyjnych stanowi podstawowe działanie terapeutyczne w okresie pooperacyjnym, a umiejętność oceny natężenia bólu jest istotnym elementem procesu terapeutycznego. Pielęgniarki spędzają najwięcej czasu z pacjentami, dlatego też ich rola jest kluczowa w procesie terapii łagodzenia bólu oraz ocenie skuteczności metod jego łagodzenia.

Charakterystyka bólu pooperacyjnego

Ból pooperacyjny jest rodzajem bólu ostrego i powstaje w wyniku śródoperacyjnego przerwania ciągłości tkanek oraz narządów. Jego źródłem są uszkodzone tkanki powierzchowne, takie jak skóra, tkanka podskórna, błony śluzowe, jak również struktury znajdujące się głębiej: mięśnie, powięzi, więzadła, okostna. W zależności od rozległości zabiegu chirurgicznego, oprócz bólu somatycznego powierzchownego i głębokiego, pojawia się także ból trzewny, zwany też przenoszonym. **Ból somatyczny** daje odczucia bólowe stałe w natężeniu i trudne w zlokalizowaniu, ustępuje po pewnym czasie, a przy najwyższym jego nasileniu mogą mu towarzyszyć inne objawy, m.in. wzrost ciśnienia tętniczego, przyspieszenie akcji serca, pocenie się. **Ból trzewny** powstaje natomiast w narządach wewnętrznych i może być odczuwalny w innej lokalizacji ciała ponieważ przenoszony jest przez gałęzie nerwów i promieniuje nawet do odległych miejsc od swojego źródła.

Wielkość i zasięg bólu pooperacyjnego jest uzależniona od wielu czynników; są nimi: rodzaj operacji, znieczulenia oraz postawa personelu medycznego. Na stopień jego odczuwania wpływają również: poziom endogennych opioidów, osobowość pacjenta (neurotyzm) i poziom lęku, jak również stopień wykształcenia chorego o czekających go dolegliwościach bólowych po zabiegu. Ogromne znaczenie ma historia medyczna pacjenta i jego poprzednie doświadczenia bólowe, ogólny stan zdrowia oraz uwarunkowania środowiskowe i osobowościowe. Natężenie bólu jest największe w pierwszej i drugiej dobie po operacji, a w kolejnych stopniowo maleje. Związane jest to z faktem, iż ból pooperacyjny zalicza się do zjawisk „samoograniczających się”.

Ostry ból pooperacyjny jest zjawiskiem powszechnym - według danych statystycznych ponad 80% chorych poddawanych procedurom chirurgicznym doświadcza ostrego bólu pooperacyjnego, a około 75% z nich określa jego nasilenie jako średnie, duże lub ekstremalne. Badacze podczas analizowania danych dochodzą do wniosku, że ponad połowa pacjentów nie otrzymała właściwego leczenia przeciwbólowego w okresie pooperacyjnym.

Postępowanie w bólu pooperacyjnym

Efektywna terapia bólu pooperacyjnego ma na celu zminimalizowanie cierpienia pacjenta i poprawę jego jakości życia w tym okresie. Odczuwanie silnego bólu przekłada się również na częstsze występowanie niebezpiecznych powikłań (sercowo-naczyniowych i płucnych, depresji układu immunologicznego), pogorszenie procesów gojenia rany, wzrost ryzyka zakażenia. Skuteczna analgezja pooperacyjna może skrócić czas hospitalizacji pacjenta, skutkując zmniejszeniem kosztów leczenia i rehabilitacji pacjenta.

W wielu zabiegach rozmiar nacięcia i zakres urazu chirurgicznego nie jest bezpośrednio związany z intensywnością bólu pooperacyjnego. W literaturze jako przykłady **najgorzej kontrolowanego bólu pooperacyjnego** podawane są następujące procedury chirurgiczne: wycięcie migdałków podniebiennych, hemoroidektomia z rekonstrukcją plastyczną oraz appendektomia i cholecystektomia wykonane przez laparotomię. Skuteczne uśmierzanie bólu pooperacyjnego może także przyczynić się do zmniejszenia częstotliwości występowania tzw. **przetrwalego bólu pooperacyjnego**. Przetrwale ból pooperacyjny utrzymuje się dłużej niż powyżej 3 miesięcy, pomimo wygojenia się tkanek okolicy operowanej. Ból przetrwale wynika z śródoperacyjnego uszkodzenia obwodowego układu nerwowego. Najczęściej występuje po zabiegach na klatkę piersiową, gruczoł piersiowy, przepuklinach

pachwinowych, usunięciu macicy oraz amputacjach kończyn. Za czynniki ryzyka wystąpienia tego zespołu bólowego uważa się rodzaj zabiegu, jego lokalizację, zastosowaną technikę chirurgiczną, ułożenie chorego podczas zabiegu, powikłania znieczulenia miejscowego oraz nieprawidłowo prowadzone pooperacyjne leczenie przeciwbólowe. Ból pooperacyjny jest trudny do leczenia i często oporny na leczenie standardowe.

Uśmierzanie bólu pooperacyjnego można ująć w trzech zasadach skutecznej terapii:

1. zastosowanie analgetyków, których siła działania jest proporcjonalna do podanej dawki leku przeciwbólowego,
2. techniki znieczulenia regionalnego, które przerywają przewodnictwo bólowe według zasady „wszystko albo nic”,
3. analgezji multimodalnej, polegającej na zastosowaniu kilku leków przeciwbólowych o różnych mechanizmach działania (skojarzona farmakoterapia), łącznie z wybranymi technikami znieczulenia regionalnego.

Wybór właściwego leku przeciwbólowego i jego postaci zależy od: szacowanego czasu terapii, rodzaju i stopnia nasilenia bólu, hipotetycznego ryzyka użycia danego leku, schorzeń współistniejących i stosowanych w związku z tym leków oraz skuteczności wcześniejszej terapii przeciwbólowej oraz wieku chorego. Z pomocą przychodzą nam publikowane stanowiska Sekcji Znieczulenia Regionalnego i Terapii Bólu Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Polskiego Towarzystwa Znieczulenia Regionalnego i Leczenia Bólu, Polskiego Towarzystwa Badania Bólu oraz Konsultanta krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii publikowane na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Leczenia Bólu oraz w czasopiśmie specjalistycznym „Anestezjologia Intensywna Terapija”. W tej publikacji znajdziemy poparte danymi z badań naukowych poprzednich doświadczeń wybrane grupy leków w zależności od nasilenia bólu, dawek danego leku w zależności od drogi i metody podania, metod łączenia leków z różnych grup farmakologicznych celem uzyskania lepszego efektu, oraz zastosowanie adiuwantów.

Kompetencje pielęgniarek i postępowanie przeciwbólowe

Personel pielęgniarski odgrywa kluczową rolę w zwalczaniu bólu pooperacyjnego u chorych poddawanych zabiegom chirurgicznym. Wszystkie działania podejmowane przez pielęgniarki powinny polegać na współpracy z wielospecjalistycznym zespołem medycznym, chirurgiem, anestezjologiem.

Pielęgniarka przeprowadza **spotkanie w ramach edukacji przedoperacyjnej**. Podczas rozmowy każdy pacjent poddawany planowej operacji powinien być poinformowany o metodach zwalczania pooperacyjnych dolegliwości bólowych. Pacjent powinien wiedzieć, że po zabiegu może występować ból, jednak istnieją skuteczne metody jego łagodzenia. Pacjent powinien również zostać poinformowany, że po zastosowaniu w trakcie zabiegu znieczulenia mogą pojawić się objawy niepożądane, takie jak nudności czy wymioty. **Przedoperacyjna rozmowa z pacjentem** lub z jego prawnymi opiekunami lub krewnymi powinna koncentrować się na uzyskaniu informacji dotyczących poprzednich doświadczeń odczuwania bólu i jego preferencji w zakresie postępowania przeciwbólowego, zapoznania pacjenta z narzędziem - skalą, przy użyciu której będzie mierzone u niego natężenie bólu i nauczanie go posługiwania się nimi oraz ustalenie poziomu natężenia bólu, przy którym będzie wdrażane postępowanie przeciwbólowe, przekazaniu pacjentowi informacji dotyczących metod postępowania przeciwbólowego, które mogą być u niego zastosowane, wyjaśnieniu choremu znaczenia przekazywania przez niego prawdziwych informacji o jego odczuciach bólowych (**unikanie negowania i zawyżania wartości poziomu bólu**) dla efektywności procesu terapeutycznego.

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem po zabiegu powinna umiejętnie rozpoznawać objawy bólu (przyspieszenie i spłycenie oddechu, przyspieszenie tętna, nadmierna potliwość, niewielki wzrost ciśnienia tętniczego, grymasy na twarzy, płacz, lamentowanie, jęczenie, wzdychanie, niekiedy przeklinanie), które może demonstrować chory oraz szybko reagować na sygnalizowane dolegliwości w celu zapobiegania niekorzystnym skutkom bólu.

Ocena bólu pooperacyjnego

Do zadań pielęgniarki należy regularna ocena nasilenia dolegliwości bólowych i odnotowywanie ich w specjalnych kartach

obserwacji. W celu monitorowania odpowiedzi na zastosowane leczenie przeciwbólowe i ewentualnej modyfikacji terapii, **zaleca się stosowanie walidowanych narzędzi (skal) oceny bólu pooperacyjnego**. Są to narzędzia sprawdzające stopień natężenia doznań bólowych za pomocą różnych metod pomiaru bólu, wymieniamy skale: wizualno-analogowe, numeryczne, werbalne. Wybór konkretnej skali (narzędzia) oceny bólu powinien być dobrany do pacjenta, uwzględniając takie czynniki jak status rozwojowy, status poznawczy, poziom świadomości, poziom wykształcenia oraz różnice językowe.

Przykładami zalecanych skal subiektywnej oceny natężenia bólu u dorosłych są:

- NRS – skala numeryczna, sześciopunktowa (NRS 0-5),
- NRS – skala numeryczna jedenastopunktowa (NRS 0-10),
- VRS – skala werbalna czteropunktowa,
- VAS – skala wizualno-analogowa (0-10 cm lub 0-100 mm).

Ocena natężenia bólu ma być regularnie monitorowana nie tylko w spoczynku, ale również w sytuacjach, które ból mogą prowokować i nasilać, na przykład podczas połykania po tonsillektomii, podczas głębokiego oddychania i kaszlu po torakotomii, zabiegach brzusznych lub podczas chodzenia po zabiegach w obrębie kończyn dolnych. Intensywność bólu nie powinna przekraczać 4 punktów w skali NRS (0-10-liczbowa skala ocen), a w sytuacjach prowokujących silny ból do 6 punktów w tej skali.

Obserwacja pacjenta w okresie pooperacyjnym

Ważnym elementem zapewnienia odpowiedniej opieki pielęgniarskiej w okresie pooperacyjnym jest obserwacja pacjenta w kierunku wystąpienia ewentualnych powikłań (depresja oddechowa, nudności, wymioty, świąd skóry, niedrożność porażenna jelit) związanych z podawaniem analgetyków. Personel pielęgniarski opiekujący się chorym, u którego prowadzone jest leczenie przeciwbólowe powinien

prowadzić także **obserwację hemodynamiki** (ciśnienie tętnicze, tętno), wentylacji (częstość oddechów, saturacja) i perystaltyki jelit. Wskazana jest także obserwacja miejsca wprowadzenia cewnika do kanału kręgowego, jeśli jest taki założony, dbałość o jego prawidłowe zabezpieczenie opatrunkiem mocującym, chroniącym go przed przemieszczaniem się lub wysunięciem. Konieczna jest również obserwacja rany pooperacyjnej w kierunku ewentualnego krwawienia, rozejścia się brzegów rozcięcia. Istotny dla terapii jest czynny nadzór nad wyprowadzonymi z rany operacyjnej drenami, sprawdzanie ich drożności oraz kontrola ilości i wyglądu wypływającej z nich wydzieliny.

Pielęgniarka we współpracy z lekarzem podaje leki przeciwbólowe, dostosowując ich dawkę do stanu pooperacyjnego pacjenta. Leki przeciwbólowe powinny być podawane regularnie z wyprzedzeniem, przewidując zakończenie działania poprzedniej dawki oraz oczekiwane nasilenie lub zniesienie dolegliwości bólowych.

Bardzo skuteczne w walce z bólem jest **przeprowadzanie zabiegów pielęgnacyjnych**, takich jak zmiana pozycji chorego, wykorzystanie udogodnień, masaż, unieruchomienie, stosowanie ciepła i zimna. Pielęgniarka może także podjąć działania zmierzające do podwyższenia progu bólowego, czyli zapewnić choremu komfort psychiczny, zadbać o ciszę i spokój w jego najbliższym otoczeniu, starać się odwrócić jego uwagę i łagodzić lęk. Obecność pielęgniarki zwiększa poczucie bezpieczeństwa, a tolerowanie reakcji pacjenta (krzyk, jęk, płacz) może umożliwiać rozładowanie napięcia.

Podsumowanie

Życie bez bólu jest prawem każdego człowieka. Sposoby walki z bólem różnią się w zależności od rodzaju bólu, jego intensywności i lokalizacji. Metoda walki z bólem powinna być dostosowywana indywidualnie do pacjenta. Do terapii przeciwbólowej powinni być zaangażowani specjaliści z różnych dziedzin w ramach współpracy interdyscyplinarnej, w tym kluczowa jest opieka pielęgniarska.

Rusza program wczesnego wykrywania wad rozwojowych u noworodków i niemowląt

3 mln zł przeznaczył samorząd woj. dolnośląskiego na realizację programu wczesnego wykrywania wad rozwojowych u noworodków i niemowląt w latach 2023-2025. Zapewnia odpowiednią diagnostykę i terapię u dzieci, które urodziły się z wrodzonymi zaburzeniami rozwoju.

W środę na konferencji prasowej we Wrocławiu poinformowano, że samorząd woj. dolnośląskiego 3 mln zł przeznaczył na realizację programu wczesnego wykrywania wad rozwojowych u noworodków i niemowląt w latach 2023-2025.

Realizatorem programu wybranym w konkursie jest Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu. Program ma na celu ukierunkowanie na odpowiednią diagnostykę i terapię u dzieci, które urodziły się z wrodzonymi zaburzeniami rozwoju lub mają podejrzenie takiego zaburzenia. Cały proces opieki będzie starannie skoordynowany, aby zapewnić wsparcie i leczenie w najlepszy możliwy sposób. Do programu włączonych zostanie 3000 noworodków i niemowląt i ich rodzin.

„Zależy nam na rozwoju opieki perinatalnej na terenie Dolnego Śląska. Chcemy umożliwiać diagnozę wad rozwojowych oraz chorób rzadkich. W ramach Programu chcemy również skrócić ścieżkę od diagnozy do leczenia. To dla rodziców z dziećmi z chorobami rzadkimi jest niezwykle istotne, tego potrzebują” – powiedział wicemarszałek województwa Marcin Krzyżanowski.

Koordynator programu oraz kierownik Kliniki Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych USK we Wrocławiu prof. Robert Śmigiel wyjaśnił, że zgodnie z założeniami programu opieką zostaną objęte noworodki i niemowlęta z wadą rozwojową lub podejrzeniem zaburzenia rozwoju urodzone w latach 2022 – 2025. „Będące oczywiście mieszkańcami województwa dolnośląskiego, których rodzice czy opiekunowie prawni wyrażą zgodę na włączenie do programu” – dodał lekarz.

Wrodzone zaburzenia rozwoju u dzieci (wady rozwojowe, dysfunkcja poszczególnych narządów, zaburzenie neurorozwoju, wrodzone wady metabolizmu) obejmują każdą nieprawidłowość anatomiczną i funkcjonalną obecną przy urodzeniu, jednak nie zawsze ujawniająca się i rozpoznawalną w okresie noworodkowym.

Około 80 proc. chorób rzadkich ma podłoże genetyczne,

pozostałe 20 proc. może mieć związek z chorobami infekcyjnymi, immunologicznymi lub czynnikami środowiskowymi. Choroby rzadkie są diagnozowane z dużym opóźnieniem, są związane z utrudnionym dostępem do badań diagnostycznych i specjalistów.

„Ponadto jedno na dziesięcioro dzieci rodzi się dziś przed czasem. Narodziny wcześniaka najczęściej wiążą się z wielomiesięczną, a nawet wieloletnią specjalistyczną opieką i rehabilitacją. Wcześniaki potrzebują opieki wielu specjalistów, żeby wyrównać różnice rozwojowe” – powiedziała prof. Barbara Królak-Olejnik, kierownik Kliniki Neonatologii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Kierownik Kliniki Nefrologii Pediatricznej USK we Wrocławiu prof. Katarzyna Kiliś-Pstrusińska, wyjaśniła, że wady wrodzone dotyczące jednego układu, np. moczowego, powiązane są z występowaniem wad wrodzonych w zakresie innych układów i narządów.

„Wielochorobowość wpływa na wiele dziedzin życia dziecka i nieodłącznie – całej jego rodziny, prowadząc do obniżenia jakości życia. Wczesna diagnostyka i kompleksowa opieka pozwala na racjonalizację postępowania i stwarza szansę na poprawę stanu zdrowia dziecka i sytuacji jego rodziny nie tylko w okresie dzieciństwa, ale także na lepsze funkcjonowanie w przyszłości” – powiedziała lekarka.

Program poprawy opieki perinatalnej obejmuje konsylium specjalistyczne, które zakończone zostanie wydaniem paszportu pacjenta – dokumentu zawierającego opis stanu dziecka oraz zalecenia diagnostyczno-terapeutyczne. W ramach projektu mogą zostać również przeprowadzone indywidualne konsultacje i wybrane badania specjalistyczne. Dla rodzin szczególnie potrzebujących wsparcia program przewiduje konsultację z psychologiem. Projekt zakłada również szeroko prowadzoną działalność edukacyjną zarówno dla specjalistów, rodzin małych pacjentów, jak i społeczeństwa.

Zgłoszenie pacjenta do programu będzie przyjmowane telefonicznie tel. 885-853-127 (kontakt z koordynatorem programu) lub e-mailowo koordynator.program@usk.wroc.pl, zgodnie z kryteriami włączenia. Osoba zgłaszająca pacjenta do programu musi przedstawić dokumenty medyczne pacjenta, po wcześniejszym wyrażeniu pisemnej zgody przez rodziców/opiekunów pacjenta. Osobami zgłaszającymi do programu mogą być lekarz z oddziału szpitalnego, z poradni, pielęgniarka patронаżowa, fizjoterapeuta, neurologopeda i rodzice. (PAP)

Centrum e-Zdrowia: zlecenie na wyroby medyczne w formie elektronicznej są dostępne na IKP

Źródło: www.adamed.expert

Zlecenie na wyroby medyczne, czyli np. na aparaty słuchowe, soczewki okularowe, obuwie ortopedyczne, wózki inwalidzkie, laski czy kule, dostępne są teraz w formie elektronicznej – podało w poniedziałek Centrum e-Zdrowia. Można je znaleźć na swoim Internetowym Koncie Pacjenta.

„Od teraz na IKP masz e-zlecenia na wyroby medyczne lub ich naprawę. Wystawione e-zlecenie znajdziesz na IKP w zakładce +Apteczka+” – przekazało Centrum e-Zdrowia na Twitterze.

E-zlecenie na wyroby medyczne lub naprawę wyrobu medycznego wystawia lekarz, pielęgniarka, położna, felczer lub fizjoterapeuta. Obowiązuje zasada specjalizacji, czyli np. zlecenie na okulary wystawia okulista, a na zakup wózka inwalidzkiego m.in. ortopeda, neurolog, chirurg, lekarz rehabilitacji medycznej lub reumatolog.

Pacjent – jak wskazano na portalu Pacjent.gov.pl – ma prawo do refundacji wyrobów medycznych w ramach określonych limitów.

Swoje e-zlecenie można znaleźć na Internetowym Koncie Pacjenta w zakładce „Apteczka”. Wyroby medyczne można kupić w dowolnym punkcie, np. w aptece czy w sklepie medycznym, który ma umowę z NFZ. Wystarczy podać swój numer PESEL i kod

Pielęgniarka - o tym czego życzyć pielęgniarsce - z przymrużeniem oka

Źródło: www.nursing.com.pl

Ja nie umiem składać życzeń. Serio. Na wszystkich spędach rodzinnych, urodzinach, imieninach u ciotki klotki, sztandarowym zestawem życzeń jest: „nawzajem”. I tu nie chodzi o to, że się wstydzę czy coś, ale mam zawsze wrażenie, że gdyby: „zdrowia, szczęścia, pomyślności” miałyby być prezentem, byłoby kartą podarunkową do Rossmana.

A kiedy próbuję wspiąć się na wyżyny kreatywności i chcę obdarować kogoś takimi życzeniami, wiecie, od serca, to zamiast powiedzieć: „Życzę Ci słońca na niebie, smaku i zapachu w codziennym chlebie, ptaków, motyli i chwil radosnych, a w sercu zawsze zielonej wiosny.” to wychodzi mi coś na kształt: „nooo i ten, żebyś w końcu zdał to prawo jazdy i żeby cię kobita nie zostawiła, także tego, łamiemy się opłatkiem?”

No dobra, ale jeśli nie „zdrowia, szczęścia, pomyślności i jeszcze raz pieniędzy” to co? W tym felietonie przygotowałam mini poradnik, czego życzyć pielęgniarsce na święta w 2024 roku:

Droga/-i XYZ, na te święta życzę Ci...

- przede wszystkim zdrowia, bo jeśli jesteś jedną z dwóch pielęgniarek

na dyżurze i dźwigasz 30 leżących pacjentów to zdrowia, na pewno nie jesteś;

- żebyś zarabiała tyle, ile mówią w telewizji, zwłaszcza tej rządowej;

- żebyś piła tyle kaw, ile piszą w internecie, bo gdyby pisali prawdę już dawno miałabyś skurcze łydek od niedoboru elektrolitów;

- żeby jedynym dylematem w pracy był wybór nogi do machania laczem;

- żeby jedyną przerwą w pracy nie był przejazd ze szpitala do szpitala;

- żeby stwierdzenie: „podawaczka lekarza” w końcu stało się archaizmem;

- życzę Ci także więcej nowych, młodszych koleżanek, bo na dzień dzisiejszy średnia wieku pielęgniarek wynosi 53 lata;

- żebyś nie musiała się wstydzic za miejsce, w którym pracujesz

i żebyś nie musiała powtarzać: „przepraszam, ale robię co mogę”;

- żebyś miała z kim porozmawiać o niejednej traumie, którą przeżyłaś na dyżurach;

- żeby słowo „szacunek” było rozumiane tak samo przez obie strony na linii pacjent - pielęgniarka.

A jeśli żadne z tych życzeń nie leży Wam za specjalnie, zawsze możecie złożyć najbardziej uniwersalne życzenia dla pielęgniarek, żeby nikt ich nie denerwował!

Czego i Wam życzę.

Boże Narodzenie jest darem dla nas

Boże Narodzenie ma ponadczasową wszechpokoleniową moc. Narodziny to historia jednego człowieka Jezusa, który zszedł na poziom człowieka, aby stać się dostępnym dla nas. Gdy dziś w pełni wdzięczności zanurzamy się w tradycji i mimo, że minęło ponad dwa tysiące lat nic się nie zmieniło. O tym co się wydarzyło od czasów chrześcijaństwa napisano wiele. Analiza tych tekstów dowodzi, że święto Narodzenia Jezusa było obchodzone w Betlejem w 328r., kilka lat później w 336r. pojawiło się w Rzymie. Powodem do świętowania był najkrótszy dzień i ten pierwszy już o chwilę dłuższy. Nie wiemy kiedy dokładnie urodził się Jezus. Data 25 grudnia nie jest datą historyczną ale jest datą symboliczną. Dlatego też Jezus urodził się 24/25 grudnia czy też w innym dniu. To narodzenie było czymś szokującym dla świata i nadało nowy bieg historii. To pamiątka jednego z najpiękniejszych świąt. Od Bożego Narodzenia wszystko liczy się jako „stare i nowe”, co było „przed i po”, „co jest i będzie”. Ta stara prawda jest wciąż młoda i świeża, i tak pozostanie do skończenia świata. Czas Narodzin przypomina nam, że Jezus chce być w naszym życiu nieprzerwanie, że to Boże Narodzenie jest darem dla nas, jest łaską dla wierzących i niewierzących. Atmosferę ciepła, dobra i miłości w przepiękny sposób wyrażają kolędy. Jezus narodził się dla każdego a więc nie ma miejsca na smutek kiedy rodzi się życie. Niech to piękno rodzi się w naszych sercach, odbija w oczach i żyje w uczynkach. Za sprawą tych Świąt odnajdujemy własną tożsamość i pamiętajmy, że liczy się nie tylko to co otrzymujemy, ale co możemy ofiarować innym. Zatem otwórzcie nowy rozdział, dajcie szansę sobie i innym. Bóg stał się człowiekiem w pełnym tego słowa znaczeniu od poczęcia i narodzin. Budzi to w nas zadumę i prowokuje pytanie: czy potrafimy się pochylić nad tym co małe, potrzebujące pomocy i wsparcia, czy otwiera nasze serca do kochania Boga i ludzi. Wiele z Was Koleżanek i Kolegów pielęgniarek, położnych spędzi święta z ludźmi chorymi, samotnymi, cierpiącymi w szpitalach, domach pomocy, hospicjach, opuszczonymi przez bliskich, którzy przeżywają podwójnie cierpienia fizyczne i psychiczne, smutek i głód w miłości. Bądźcie im bliskie, otwórzcie swe serca, niech obok choinek zabłyśnie dla wielu światło radości, miłości i nadziei. Na pewno trudno będzie Wam wyrazić wielkość tego wydarzenia w języku ludzkim

i wyrazić radość, że Bóg i dla nich też się narodził. Przy waszych otwartych sercach, życzliwości i uśmiechu będzie to możliwe.

Życzę Wam, by ta prawda, że Bóg-Człowiekiem zapisała się w głębi Waszych serc, abyście widzieli Boga w każdym człowieku, byście zawsze z pokorą służyli ludziom, którymi się opiekujecie, by w codziennej pracy było Boże Narodzenie. Życzę zdrowia, poczucia prywatnego, zawodowego i rodzinnego spełnienia, byście cieszyli się tym, że z empatią pomagacie najbardziej potrzebującym ludziom.

Jadwiga Kowalczyk





Święta

Będą Święta na pamiątkę
Bożonarodzeniowego Syna
Kolędować czas już zacząć
Lecz to jest nasza wina
Że radości mamy mało
Bo my już nie w kwiecie wieku
I niewiele nam zostało
Ale nie martw się człowieku
Radość w sercach niech zagości
Żeby było pod dostatkiem
Tych chwil miłych i szczerości
Gdy dzielimy się opłatkiem
Nowy Roczec tuż przed nami
Jaki będzie, któż to wie
Ale jedno jest wiadome
Co spełniło się a co nie.
Mija jeszcze jeden rok.....

„Przyszłość jest prezentem
jaką robi nam przeszłość”

/Andre Malraux/

Mija kolejny rok, który przejdzie do historii świata, do historii naszego życia. To wszystko co było oznaczone jego datą. Taka jest kolej rzeczy. Taka jest ludzka przygoda trwania i przemijania, taka jest nieuchronność chwil, które zaznaczone są sukcesami jak i porażkami. Sypie się więc piasek w klepsydrze czasu, tykają ostatnie wskazówki odmierzające schyłek i początek czasu. Wówczas wspominamy przemijające chwile i z tego rodzi się w nas refleksja nad sensem istnienia, nad darem czasu i pięknem przemijającej egzystencji. Uświadamiamy sobie, że czas jest jak cień, przemija i nie powraca. Jest ulotny, szumi sypkim piaskiem w klepsydrach ma znaczenie szczególne, zaprasza nas do refleksji głębszej nad życiem i jego stylem. Nasze zdolności refleksyjne, dzięki którym możemy ocenić życie pod kątem wartości, rozwijają i doskonalą się wraz z wiekiem. Im bardziej jesteśmy starsi tym bardziej mądrzejsi, refleksyjni, dojrzalsi. Dokonując bilansu trzeba odpowiedzieć sobie na pytania: jakie straty są nie do odrobienia, co zaakceptować, z czym trzeba się pogodzić, uznając, że widać nie mogło być inaczej. Nie wszystkich stać na ocenę własnego postępowania. Niektórzy unikają robienia bilansów ze strachu przed ich wynikiem. Warto przed końcem roku postanowić sobie przeżywać każdy dzień tak, jakby miał być ostatnim dniem w naszym życiu. Tylko wtedy można prawidłowo myśleć, mówić, podejmować decyzje, pracować i uczyć się żyć. Po takiej analizie bilansu strat i zysków serca nasze są bardziej wrażliwe i podatne na działanie nadziei, na optymizm i oczekiwanie lepszej przyszłości, bo każdego ranka pojawia się nowa szansa do wykorzystania czasu dla każdego z osobna i dla nas wszystkich. Jednego dnia możemy tracić wszystko i następnego dnia zacząć od początku. Dzień umie nas zaakceptować i odkrywać najlepsze chwile. Bądźmy rozsądni, wykorzystujmy każdą chwilę gdyż jak pisał Johann Wolfgang von Goethe „czas jest życiorysem” a strata czasu jest nieodwracalna, podobna do śmierci. Przeżyte dni i chwile, które niosły zwątpienie i te wspaniałe przeżyte pory roku wśród drzew kwitnących wiosną, kąpielach słonecznych latem i przy spadających liściach jesieni pozwala nam oczekiwać na lepszą przyszłość. Nowy Rok – 365 dni przed nami jest wielką niewiadomą, niech przyniesie wszystko to co najpiękniejsze, radość, miłość i szczęście.

Niech Nowy Rok 2025 będzie czasem dobrych nadziei, niech ten czas nie będzie stracony, niech potęguje nasze siły, zdrowie i sprzyja

optymistycznej motywacji działań dla drugiego człowieka samotnego, chorego z jeszcze większym zapalem, gorliwością, empatią i miłością.

przekazuję Wam całą masę ciepłych i serdecznych życzeń, myśli i wzruszeń. Życzę by miłości, przyjaźni, dobra było jak najwięcej wokół nas. Zatem nie traćmy czasu, starajmy się zostawić po sobie świat trochę lepszy niż go zastaliśmy.

Jadwiga Kowalczyk



VI. Koniecznie Przeczytaj



Naczelna Rada
Pielęgniarek i Położnych

Uchwała Nr 106/VIII/2024
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych
z dnia 13 czerwca 2024 r.

w sprawie ustalenia zasad uzyskiwania przez pielęgniarki i położne punktów edukacyjnych w ramach kształcenia ustawicznego

Na podstawie art. 22 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. 2021 r. poz. 628) uchwała się, co następuje:

§ 1. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych ustala zasady uzyskiwania punktów edukacyjnych przez pielęgniarki i położne w ramach kształcenia ustawicznego w brzmieniu określonym w załączniku do uchwały.

§ 2. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRPiP

Kamilla Gólczyńska

Prezes NRPiP

Mariola Łodzińska

Strona 1 z 1

KSZTAŁCENIE USTAWICZNE / PUNKTY EDUKACYJNE

Tabela 1 z 2

Kryterium	Propozycja zapisu
Okres rozliczeniowy	60 miesięcy
Minimalna liczba punktów do uzyskania w okresie rozliczeniowym	100
Zgłaszanie aktualizacji	do OIPiP elektronicznie w module rejestru okręgowego
Dopełnienie obowiązku stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych pielęgniarki, położnej	potwierdza okręgowa izba pielęgniarek i położnych wpisując dane do rejestru w trybie administracyjnym
Zgłaszanie/wprowadzanie danych	na bieżąco, jednak, nie później niż w okresie trzech miesięcy po zakończeniu okresu rozliczeniowego
Pierwszy okres rozliczeniowy dla pielęgniarek i położnych czynnych zawodowo:	rozpoczyna się 1 stycznia 2026 r. kończy się 31 grudnia 2030 r.
Okres rozliczeniowy dla pielęgniarek i położnych, którym stwierdzono prawo wykonywania zawodu po 1 stycznia 2026 r.	rozpoczyna się z dniem wpisu do rejestru
Ukończone rodzaje doskonalenia zawodowego przed dniem wejścia w życie niniejszej uchwały	zalicza się do pierwszego okresu rozliczeniowego
Niedopełnienie obowiązku stałego aktualizowania wiedzy i umiejętności zawodowych	jest odnotowywane w okręgowym rejestrze pielęgniarek, położnych. Pielęgniarka, położna otrzymuje monit z oipip o niespełnieniu obowiązku i może uzyskać dodatkowy termin jego spełnienia. W przypadku niespełnienia obowiązku aktualizacji wiedzy ORPiP może czasowo zawiesić PWZ

LICZBA PUNKTÓW EDUKACYJNYCH ODPOWIADAJĄCYCH POSZCZEGÓLNYM FORMOM DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO W 5-LETNIM OKRESIE ROZLICZENIOWYM

Tabela 2 z 2

Lp.	Forma doskonalenia zawodowego	Liczba punktów	Sposób potwierdzenia uczestnictwa
1.	Ukończenie szkoleń podyplomowych zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych a) szkolenia specjalizacyjnego b) kursu kwalifikacyjnego c) kursu specjalistycznego d) kursu dokształcającego	80* 40 20 10	dypłom lub zaświadczenie
2.	Uczestnictwa w webinarach	10* max 50 punktów	certyfikat
3.	Ukończenie studiów podyplomowych w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia	20 za każdy semestr	dypłom
4.	Udział w kongresie, zjeździe, konferencji, sympozjum naukowo-szkoleniowym: a) udział bierny b) udział czynny	liczba 5 pkt liczba 10 pkt	zaświadczenie lub certyfikat na podstawie programu
5.	Przynależność do towarzystw naukowych i stowarzyszeń pielęgniarstwa i innych medycznych	5 pkt/rok/towarzystwo, stowarzyszenie	zaświadczenie
6.	Udział w szkoleniu wewnątrzzakładowym/wewnątrzoddziałowym: a) udział bierny b) udział czynny	2 5 (max. 50 pkt**)	potwierdzenie przez organizatora w dokumencie ewidencji lub osobne zaświadczenie
7.	Udział w komisjach/zespołach działających na rzecz rozwoju zawodów pielęgniarki i położnej	3 pkt za jedno posiedzenie, (max. 30**)	zaświadczenie
8.	Publikacja w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu: a) artykułu w czasopiśmie naukowych b) książki naukowej/monografii c) książki popularnonaukowej d) rozdziału/tematu w książce naukowej/monografii e) rozdziału/tematu w książce popularnonaukowej f) artykułu w czasopiśmie popularnym lub biuletynie informacyjnym	20* 80 50 30 20 10	nota biograficzna lub wydruk z czasopisma
9.	Udział w radzie naukowej, programowej lub kolegium redakcyjnym w dziedzinie nauk medycznych lub nauk o zdrowiu: a) czasopisma naukowego lub popularnonaukowego b) publikacji zwartej lub biuletynu samorządu zawodowego	10 pkt/rok 10 pkt/rok	stopka redakcyjna
10.	Indywidualna prenumerata roczna czasopism naukowych i zawodowych z pielęgniarstwa, położnictwa lub innych medycznych	5 pkt za jeden tytuł, max. 10 pkt/ rok	potwierdzenie przez wydawcę lub dowód opłacenia prenumeraty
11.	Uzyskanie stopnia lub tytułu naukowego	100	dypłom lub zaświadczenie
12.	Uzyskanie tytułu zawodowego magistra pielęgniarstwa/położnictwa	80	dypłom
13.	Ukończenie studiów licencjackich tzw. pomostowych w dziedzinie pielęgniarstwa/położnictwa	40	dypłom
14.	Ukończenie kursu/szkolenia podyplomowego nieobjętego przepisami w zakresie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, mającego zastosowanie na stanowisku pracy.	1 pkt za 1 h (max. 30 pkt**)	dypłom lub zaświadczenie
15.	Osoby aktywnie działające w samorządzie zawodowym (nie będące pracownikami etatowymi w strukturach samorządu)	10 pkt/ rok** (max. 40 pkt.)	zaświadczenie

* - w tym również specjalizacje w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia

** - w jednym okresie rozliczeniowym

Uwagi	Jeżeli pielęgniarka, położna zmienia oipip to uzyskane pkt edukacyjne zostają jej również przeniesione i orpip uwzględni dotychczas uzyskane przez nią punkty edukacyjne.
	Czas trwania okresu rozliczeniowego może być przedłużony – na wniosek pielęgniarki, położnej na okres nie dłuższy niż 24 miesiące np. urlopy bezpłatne, wychowawcze, przerwa w wykonywaniu zawodu wynikająca z przyczyn naturalnych czy dobrowolna rezygnacja.
	Pielęgniarka, położna, która zaprzestała wykonywania zawodu na czas określony powinna mieć możliwość liczenia okresu rozliczeniowego od chwili rozpoczęcia, tj. zawiadomienia izby o rozpoczęciu wykonywania zawodu.

Ważne !

Od 15 stycznia 2025r dodatkowo pomoc prawna dla Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu



Pomoc prawna dla Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu

Potrzebujesz wsparcia prawnego w sprawach zawodowych lub prywatnych? Skorzystaj z Pomocy Prawnej, którą oferuje INTER Polska. Usługa ta została sfinansowana przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Radomiu i jest bezpłatna dla jej członków.

Ubezpieczenie obejmuje:

Członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu, którzy posiadają lub uzyskają Prawo Wykonywania zawodu i regularnie opłacają składkę członkowską.

Okres ubezpieczenia:

15.01.2025-14.07.2025 roku.

Pomoc prawna zawiera:

✓ Dostęp do Infolinii prawnej 24/7, gdzie otrzymasz:

- odpowiedzi na pytania prawne
- analizę prawną
- informacje o procedurze prawnej
- wzory pism prawnych i umów
- weryfikację zgodności z prawem polskim i europejskim dokumentów i umów
- informacje o kosztach prowadzenia sporów prawnych
- pomoc w ustanowieniu pełnomocnika z listy współpracujących kancelarii prawnych

✓ Porady prawne w formie opinii prawnej lub rozmowy z prawnikiem (w tym wideoporady)

✓ Przygotowanie i dostarczenie drogą elektroniczną dokumentów prawnych

Jak skorzystać?



22 333 76 76



prawnik@opiekaprawna.pl

Pobierz i zapisz w telefonie



INTER POLSKA to:



ponad 30 lat doświadczenia na rynku ubezpieczeń



specjalistyczne pakiety ubezpieczeniowe dla branży medycznej



pomoc prawników specjalizujących się w sprawach medycznych

Przypominamy o zapoznaniu się z Regulaminem Przyznawania Pomocy
Koleżeńskiej Członkom OIPIP, w którym wprowadzone zostały zmiany.
Załączniki do regulaminu dostępne na stronie: www.oipip

Informacja ta jest szczególnie ważna dla członków samorządu, którzy odchodzą bądź odeszli na emeryturę i wciąż pracują, ale nie odebrali świadczenia w związku z przejściem na emeryturę/rentę.

Wyciąg z Regulaminu poniżej:

„§10 1. Członkom samorządu odchodzącym na emeryturę rentę lub zasiłek przedemerytalny przyznaje się w wysokości 1000,00 zł brutto jednorazową zapomogę socjalną, po złożeniu wniosku stanowiącego załącznik nr 2 oraz oświadczenia stanowiącego załącznik nr 2a.

2. Powyższe świadczenie wypłacane jest w terminie 12 miesięcy od dnia przejścia na rentę, emeryturę lub zasiłek przedemerytalny. Wysokość świadczenia ustalana jest na podstawie regulaminu obowiązującego w dniu składania wniosku. Roszczenie o wypłatę wygasa w sytuacji braku złożenia wniosku w terminie wskazanym

powyżej.

3. Osoby, które rozwiązały umowę o pracę, w związku z przejściem na emeryturę i nadal wykonywały zawód pielęgniarzki/-rza/położnej po okresie dłuższym, niż ten o którym mowa w ust. 2, (czyli 12 miesięcy) mogą ubiegać się o wypłatę jednorazowego świadczenia do dnia 14 marca 2025 roku i po tym dniu nie będzie wypłacane!

Warunkiem wypłaty świadczenia jest udokumentowanie okresu zatrudnienia w zawodzie, po przejściu na emeryturę. **Roszczenie o wypłatę jednorazowego świadczenia wygasa w dniu 14 marca 2025 roku.**

VII. Ogłoszenia i podziękowania

Drogie Koleżanki

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Radomiu
z okazji przejścia na emeryturę przekazuje
serdeczne życzenia
realizacji dalszych planów i zamierzeń
wspieranych dobrym zdrowiem i zasłużoną satysfakcją
z zawodowych dokonań, oraz
wszelkiej pomyślności w życiu osobistym.**

Życzenia przekazujemy Paniom :

- | | |
|---|--|
| 1) Górlickiej Dorocie Małgorzacie – zatrudnionej w M.Sz.S. Sp. z o.o. | Pilicą |
| 2) Krawczyk Teresie Jadwidze – zatrudnionej w MWOMP SPZOZ | 16) Ryczkowskiej Joannie – zatrudnionej w SPZZOZ w Kozienicach |
| 3) Ludwińskiej Jolancie – zatrudnionej w NZPOZ „Południe” | 17) Lichterowicz Magdalenie – zatrudnionej w DPS ul. Z. |
| 4) Natora Bożenie – zatrudnionej w NZPOZ „Południe” | Holszańskie |
| 5) Karasińskiej Marii – zatrudnionej w NZPOZ „Południe” | 18) Furcińskiej Halinie – zatrudnionej w MWOMP SPZOZ |
| 6) Musiałek Irenie – zatrudnionej w NZPOZ „Południe” | 19) Tkaczyk Małgorzacie – zatrudnionej w SPZOZ „Przychodnie |
| 7) Polasińskiej Elżbiecie – zatrudnionej w NZPOZ „Południe” | Kozienickie” |
| 8) Kępie Wiesławie Elżbiecie – zatrudnionej w NZPOZ „Południe” | 20) Młodzianko Barbarze – zatrudnionej w PCM Grójec |
| 9) Perłowskiej Danucie – zatrudnionej w NZPOZ „Południe” | 21) Rogozińskiej Ewie – zatrudnionej w NZOZ „Zdrowa Rodzina” |
| 10) Begrad Ewa Małgorzata – zatrudnionej w NZPOZ „Południe” | w Warce |
| 11) Walkiewicz Teresie – zatrudnionej w NZPOZ „Południe” | 22) Wiśniewskiej Małgorzacie – zatrudnionej w NZOZ „Zdrowa |
| 12) Prokop Jadwidze Helenie – zatrudnionej w NZPOZ „Południe” | Rodzina” w Warce |
| 13) Moldze Annie Magdalenie – zatrudnionej w NZPOZ „Południe” | 23) Serafin Ewie – zatrudnionej w SPZZOZ w Lipsku |
| 14) Derczyńskiej Annie Małgorzacie – zatrudnionej w PCM w Grójcu | 24) Prokop Joannie – zatrudnionej w POZ MEDICUM Sp. z o.o. |
| 15) Zawada Reginie – zatrudnionej w DPS w Nowym Mieście nad | Radom |

PODZIĘKOWANIE DLA

ELŻBIETY MALIN

Z okazji przejścia na zasłużoną emeryturę składamy serdeczne podziękowania za wszystkie lata wspólnej pracy, profesjonalizm, odpowiedzialność, pełną zaangażowania pracę, uśmiech oraz koleżeńską postawę.

Dziękujemy za dobre rady i nieocenioną pomoc. Praca z Tobą była dla nas niezwykle przyjemnością.

Życzymy Ci aby nowy rozdział, który zaczynasz był pełen dobrych chwil, a wszystkie plany i marzenia spełniły się.

Radości i dobrego zdrowia na dalsze lata życzy:

**Zespół Pracowników Oddziału Wewnętrznego
I Mazowieckiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu.**

Informujemy, że OIPiP w Radomiu nawiązała współpracę z VanityStyle na korzystnych warunkach. Dotyczy ona kart sportowych dla pielęgniarek/pielęgniarzy/położnych wpisanych do rejestru izby oraz ich rodzin.

Zachęcamy do zapoznania się z ofertą przez wszystkich naszych członków.

Szczegółowe informacje przesłane zostały na adresy mailowe wskazane przez członków OIPiP oraz dostępne są na stronie internetowej www.orpip.radom w zakładce: **Karty sportowe**



Joga? Taniec? Siłownia?
A może sztuki walki?

**LUBISZ MIEĆ WYBÓR?
ĆWICZ JAK LUBISZ!**

Już teraz zapisz się do programu FitProfit
lub FitSport i zrób coś dobrego dla siebie.



ZAMÓW KARTĘ DLA SIEBIE I BLISKICH!

Możliwość zamówienia kart dla pracowników,
osób towarzyszących, dzieci i seniorów.

	FitProfit	FitSport
Członek	156,00 zł	72,00 zł
Os. towarzysząca	175,00 zł	110,00 zł
	Poniższe karty można zamówić również przy wyborze karty pracownika FitSport	
Dziecko Basen	40,00 zł	
Dziecko	90,00 zł	
Junior	100,00 zł	
Senior	125,00 zł	

- Tysiące obiektów w całej Polsce
- Możliwość dołączenia do programu osób towarzyszących
- Dziesiątki dyscyplin



www.vanitystyle.pl/obiekty

JAK ZAMÓWIĆ KARTĘ?

Aby zapisać się do programu kliknij w link. Masz czas do 20 października!

Zapisz się do programu

DOŁĄCZ DO KLUBU OSÓB, KTÓRE ĆWICZĄ JAK LUBIĄ!

FitProfit

FitSport

VANITYSTYLE
TIME FOR ACTION

Warszawa, 23 października 2024 r.

Komunikat

Informujemy, iż stosownie do komunikatu Ministerstwa Zdrowia wnioski o wyrażenie zgody przez Ministra Zdrowia na warunkowe wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej przez obywateli Ukrainy, którzy uzyskali kwalifikacje pielęgniarki lub położnej poza terytorium państw członkowskich Unii Europejskiej można składać **wyłącznie do dnia 24 października 2024 r.** Wnioski złożone po 24 października 2024 r. nie będą rozpatrywane przez MZ.

(link do komunikatu poniżej)

<https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-w-sprawie-terminu-skladania-wnioskow-o-wyrazenie-zgody-przez-ministra-zdrowia-na-warunkowe-wykonywanie-zawodu-pielęgniarki-lub-polożnej>

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 15 maja 2024 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 854) wprowadzono następujące zmiany do ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, które **wejdą w życie z dniem 25 października 2024 r.**

1. Wydłużono do **30 dni** termin na przyznanie warunkowego prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej oraz prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na określony zakres czynności zawodowych, okres i miejsce jego wykonywania w podmiocie wykonującym działalność leczniczą przez okręgową radę pielęgniarek i położnych.
2. Wprowadzono wymóg wykazania się znajomością języka polskiego minimum na poziomie B1 przez pielęgniarki i położne, które uzyskały kwalifikacje poza Unią Europejską i posiadają zgodę Ministra Zdrowia na wykonywanie zawodu pielęgniarki albo położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej uzyskaną w ramach tak zwanej procedury uproszczonej. **Osoby, które uzyskają zgodę MZ na wykonywanie zawodu pielęgniarki albo położnej na podstawie wniosku złożonego do MZ od dnia 25 października 2024r.** będą zobowiązane do przedłożenia okręgowym radom pielęgniarek i położnych dokumentu poświadczającego znajomość języka polskiego minimum na poziomie B1 w celu przyznania prawa wykonywania zawodu. Wykaz dokumentów poświadczających znajomość języka polskiego minimum na poziomie B1 ogłosi Minister Zdrowia w Biuletynie Informacji Publicznej (do chwili obecnej wykaz nie został jeszcze ogłoszony). Po otrzymaniu ww. wykazu niezwłocznie zostanie on przesłany.

Powyższa ustawa wprowadziła również stosowne przepisy przejściowe.

W myśl tych przepisów osoby, które uzyskały zgodę MZ na wykonywanie zawodu pielęgniarki albo położnej na podstawie wniosku złożonego do dnia 24 października 2024r. włącznie a następnie uzyskały prawo wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej (warunkowe albo na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą) będą obowiązane do przedłożenia właściwej okręgowej radzie pielęgniarek i położnych ww. dokumentu poświadczającego znajomość języka polskiego

minimum na poziomie B1 w terminie do dnia 1 maja 2026 r., pod rygorem utraty prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej.

W związku z powyższym w praktyce wszystkie osoby, które miały dotychczas przyznane przez okręgowe rady pielęgniarek i położnych prawo wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej na podstawie decyzji MZ (warunkowe albo na określony zakres czynności zawodowych, czas i miejsce zatrudnienia w podmiocie wykonującym działalność leczniczą) będą zobowiązane do złożenia dokumentu poświadczającego znajomość języka polskiego minimum na poziomie B1 w terminie do dnia **1 maja 2026 r.**, pod rygorem utraty prawa wykonywania zawodu pielęgniarki albo położnej.

Prosimy o zwracanie uwagi na datę złożenia wniosku do MZ o wyrażenie zgody na wykonywanie zawodu pielęgniarki lub położnej, która jest zawarta w uzasadnieniu decyzji MZ, którą otrzymują Państwo od cudzoziemca.

W przypadku gdy z uzasadnienia decyzji MZ wynika, że ww. wniosek został złożony do MZ **do dnia 24 października 2024 r.** uzasadnione będzie poinformowanie osoby, iż po przyznaniu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej będzie ona zobowiązana do przedłożenia okręgowej radzie pielęgniarek i położnych dokumentu poświadczającego znajomość języka polskiego minimum na poziomie B1 w terminie do dnia 1 maja 2026 r. pod rygorem utraty PWZ.

Natomiast gdy z uzasadnienia decyzji MZ wynika, że ww. wniosek został złożony do **MZ po dniu 24 października 2024 r.** uzasadnione będzie poinformowanie osoby, iż w celu przyznania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej (podjęcia uchwały w przedmiotowej kwestii) niezbędne jest przedłożenie okręgowej radzie pielęgniarek i położnych dokumentu poświadczającego znajomość języka polskiego minimum na poziomie B1.

VIII. Z żałobnej karty



Z żalem zawiadamiamy, że w dniu 12 października 2024 roku

Zmarła w wieku 86 lat

ś.p. Marianna Libudzie

Pielęgniarka Oddziału Wewnętrznego II

Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Radomiu

Życzliwy Dobry Człowiek



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu

OŚRODEK SZKOLENIA OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

OFERTA SZKOLEŃ W ZAKRESIE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO
PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH
W I - II KWARTALE 2025 ROKU

Lp.	Dziedzina/zakres kształcenia	Planowany termin rozpoczęcia - *
SZKOLENIA SPECJALISTYCZNE		
1.	Pielęgniarstwo opieki długoterminowej – dla pielęgniarek	29.03.2025
KURSY KWALIFIKACYJNE		
1.	Pielęgniarstwo opieki paliatywnej - dla pielęgniarek	08.03.2025
2.	Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania - dla pielęgniarek	08.02.2025
3.	Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki w położnictwie i ginekologii – dla położnych	05.04.2025
KURSY SPECJALISTYCZNE		
1.	Wykonanie i interpretacja zapisu elektrokardiograficznego u dorosłych Kurs dla pielęgniarek i położnych	07.02.2025
2.	Ordynowanie leków i wypisywanie recept – Część I Kurs dla pielęgniarek i położnych	14.03.2025
3.	Szczepienia ochronne Kurs dla pielęgniarek	16.05.2025
4.	Resuscytacja krążeniowo – oddechowa Kurs dla pielęgniarek i położnych	11.04.2025
5.	Wywiad i badanie fizykalne Kurs dla pielęgniarek i położnych	31.01.2025
6.	Leczenie ran Kurs dla pielęgniarek	21.02.2025
7.	Edukator w chorobach układu krążenia Kurs dla pielęgniarek	25.04.2025
8.	Edukacja i wsparcie kobiety w okresie laktacji Kurs dla położnych	06.06.2025
9.	POZOSTAŁE KURSY SPECJALISTYCZNE ZGODNIE Z ZAPOTRZEBOWANIEM ŚRODOWISKA	
KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE **		
1.	Obsługa portów naczyniowych – dla pielęgniarek i położnych	
2.	Warsztaty z resuscytacji krążeniowo-oddechowej – dla pielęgniarek i położnych	
3.	Warsztaty z interpretacji zapisu elektrokardiograficznego – dla pielęgniarek i położnych	

* Możliwe przesunięcie zaplanowanego terminu w przypadku braku wymaganej liczby uczestników.

**Kursy te mogą być realizowane w każdym podmiocie leczniczym po uprzednim ustaleniu terminów z organizatorem.

Informacja

Osoby zainteresowane zapraszamy do zgłaszania swojego udziału w powyższych szkoleniach poprzez składanie wniosków w systemie SMK.

Informacji dotyczących szkoleń można uzyskać w biurze Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Radomiu, ul. Paderewskiego 15, pod numerem telefonu (48) 360-05-12, e-mail: szkolenia@orpip.radom.pl lub na stronie internetowej: www.orpip.radom.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Paderewskiego 15

26-600 Radom

Tel./fax 48 360 69 60 sekretariat

48 366 94 79 rejestr

e-mail: orpip@orpip.radom.pl

www.orpip.radom.pl

Ośrodek Szkoleniowy OIPiP

ul. Paderewskiego 15

26-600 Radom

tel./fax 48 360 05 12

e-mail: szkolenia@orpip.radom.pl

DYŻURY RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZAWODOWEJ *

każdy poniedziałek w godz. 15:00 - 16:00

DYŻURY RADCY PRAWNEGO

PONIEDZIAŁEK 15:00 - 16:00

DYŻURY CZŁONKÓW OKRĘGOWEGO SĄDU

I i III wtorek m-ca w godz. 15:00 - 16:00

GODZINY PRACY	BIURA OIPiP *
PONIEDZIAŁEK	8:00 - 16:00
WTOREK	8:00 - 16:00
ŚRODA	7:30 - 15:30
CZWARTEK	7:30 - 15:30
PIĄTEK	7:00 - 15:00

NUMERY KONT BANKOWYCH

Bardzo prosimy o przekazywanie do banku PEKAO S.A:

Składek członkowskich na nr konta: 12 1240 3259 1111 0011 0504 4522

Ubezpieczenia nr konta : 45 1240 3259 1111 0011 0504 4607

Konto bieżące nr: 41 1240 3259 1111 0011 0504 4388



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
w Radomiu



WESOŁYCH ŚWIAŁ!

• I SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO
ROKU!

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

ul. Paderewskiego 15

26-600 Radom

Tel./fax 48 360 69 60 sekretariat

48 366 94 79 rejestr

e-mail: orpip@orpip.radom.pl

www.orpip.radom.pl

ISSN 1429-2599