



1/2018

Biuletyn

KWARTALNIK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH z siedzibą w Kaliszu



Sprawozdanie OR	4
Choroby płuc	6
Choroba Parkinsona	8
Zakażenia układu moczowego	10
Niedosłuch u osób starszych	11
Pismo NRPIP	13
XXXIII Okręgowy Sprawozdawczy Zjazd	14
Apel Prezes NRPIP	16
Nowotwory skóry	17
Zachowania agresywne	22
Kondolencje	26
XIII Ogólnopolski konkurs	27

Numer Konta bankowego
75 10 20 2212 0000 5402 0092 6485

Jeśli chcesz być dobrze poinformowany/a
wejdź na naszą stronę internetową:
www.oipip.kalisz.pl



Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych

czynne: od poniedziałku do piątku
w godzinach 7⁰⁰ - 15⁰⁰

Sekretarz ORPiP

przyjmuje interesantów:
od poniedziałku do piątku 7⁰⁰ - 11⁰⁰

Skarbnik OIPiP

urzęduje we wtorki i środy w godz. 15⁰⁰ - 18³⁰

Dyżury Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
62-800 Kalisz, ul. Korczak 4a
tel. (0 62) 757-04-31
w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
od godz. 14⁰⁰ do 15⁰⁰

Radca Prawny OIPiP z siedzibą w Kaliszu

- porady w zakresie prawa pracy oraz przepisów
związanych z wykonywaniem zawodu w każdy wtorek
w godz. 14⁰⁰ do 16⁰⁰.

Dyżury

Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych:

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych
pełni dyżur w pierwszy i czwarty poniedziałek miesiąca
w godz. 13⁰⁰ do 15⁰⁰

Zespół redakcyjny w składzie:

Krystyna Połomska
Jadwiga Soińska
Danuta Wieczorek

Adres:

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych
z siedzibą w Kaliszu
ul. Korczak 4a, 62-800 Kalisz
tel./fax: (62) 757 04 31
www.oipip.kalisz.pl
e-mail: izba@oipip.kalisz.pl

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
nie ponosi odpowiedzialności za treść oraz ofertę firm
oferujących pracę, zamieszczone w Biuletynie OIPiP.

Redakcja zastrzega sobie prawo skracania i opraco-
wywania tekstów. Redakcja nie odpowiada za treść
ogłoszeń o konkursach na stanowiska kierownicze
w ochronie zdrowia.

Data wydania:

KWIECIEŃ 2018

Nakład:

750 egz.

Druk:

Drukarnia „Kalgraf” s.c., 62-800 Kalisz, ul. Górna 2a
tel.: 62 757 31 07, fax: 62 768 36 70

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

Za nami już XXXIII Okręgowy Sprawozdawczy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu. Był to okres podsumowania minionego roku i wytyczenia kierunku działań na przyszłość. Obserwując wydarzenia minionego roku można stwierdzić, że był to czas intensywnych działań w sprawach pielęgniarek i położnych. W 2017 roku trwały burzliwe dyskusje nad projektami oraz wprowadzeniem w życie kilku aktów prawnych, które w dużym stopniu wpłynęły na sytuację zawodową naszego środowiska. Warto wspomnieć tutaj:

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. Jest to szczególnie ważny akt prawny regulujący kompetencje pielęgniarek systemu ratownictwa medycznego.

- Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, która nadal wywołuje tak wiele kontrowersji i pozostaje krzywdząca dla pielęgniarek.

- Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. Rozwiązania w niej zawarte mają zwiększyć rolę profilaktyki i edukacji zdrowotnej oraz personelu medycznego.

- 29 grudnia 2017 r. Zespół ds. opracowania Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce zakończył swoje prace.

Przewodnicząca – Sekretarz Stanu, Józefa Szczurek-Żelazko – przedłożyła Ministrowi Zdrowia wypracowany dokument pn. Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Opracowany dokument jest odpowiedzią na swego rodzaju diagnozę jaką była debata poświęcona problemom współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, 27 marca 2017r. zorganizowana przez Ministra Zdrowia wspólnie z NRPiP, OZZPiP, Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Wspólna praca przedstawicieli naszego środowiska przyniosła efekt.

Strategia dostępna jest na stronie NIPiP oraz stronie internetowej okręgowej izby. Wiem, że zapoznaliście się Państwo z tym dokumentem ponieważ otrzymywałam już w tej sprawie wiele zapytań i opinii. Podczas ostatniego posiedzenia Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, goszczący, nowy Minister Zdrowia zapowiedział pilną potrzebę stworzenia harmonogramu działań mających na celu wdrożenie strategii do realizacji.

Szczególnym wydarzeniem historycznym w tym roku będzie beatyfikacja Sługi Bożej Hanny Chrzanowskiej – polskiej pielęgniarki, która była prekursorką polskiego pielęgniarstwa środowiskowego, jest patronką szkoły medycznej w Ostrowie Wielkopolskim którą kończyło wielu wspaniałych absolwentów. Jako OIPiP będziemy również uczestniczyli w uroczystości beatyfikacyjnej, która odbędzie się 28 kwietnia 2018 r. w Sanktuarium Miłosierdzia Bożego w Łagiewnikach. Termin beatyfikacji związany jest z przypadającą w tym roku 45. rocznicą śmierci krakowskiej pielęgniarki.

Okręgowy Zjazd to czas podsumowań, ale też i wspomnień o osobach pielęgniarek i położnych, które w minionym roku odeszły z naszego grona na „wieczny dyżur”, a były to : Jadwiga Dera, Małgorzata Krawczyk, Honorata Mędrych, Helena Pita, Barbara Serafin, Wiesława Spsychalska, Emilia Grodzka. Cześć ich pamięci pozostanie w naszych sercach.

Zapraszam do lektury nowego numeru Biuletynu oraz zapoznania się ze sprawozdaniem z działalności Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu – zamieszczonym wewnątrz numeru.

*Przewodniczący Okręgowej Rady
(-) Marek Przybył*

SPRAWOZDANIE

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KALISZU ZA ROK 2017

W okresie minionego 2017r. Okręgowa Rada odbyła 8 posiedzeń (12 stycznia, 15 lutego, 5 kwietnia, 29 maja, 22 sierpnia, 28 września, 8 listopada, 11 grudnia) podejmując 98 uchwał.

Prezydium Okręgowej Rady obradowało 9 razy (25 stycznia, 28 marca, 18 kwietnia, 28 czerwca, 27 lipca, 23 sierpnia, 18 października, 15 listopada, 29 listopada) podejmując 120 uchwał.

Wszystkie uchwały podejmowane zostały prawomocnie, przy wymaganej ilości członków.

Najważniejszymi uchwałami podjętymi w 2017 r. były:

- stwierdzenie prawa wykonywania zawodu oraz wpisanie do rejestru

-wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu

-wpisanie do rejestru osób z innej OIPiP

-skreślenie z rejestru OIPiP

-delegowanie w skład komisji egzaminacyjnej

-skierowanie na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu

-wydanie zaświadczenia po przeszkoleniu

-udzielenie pomocy finansowej naszym członkom

-udzielenie pomocy finansowej członkom innej OIPiP

-wykreślenie z rejestru indywidualnych praktyk

-wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe

-wpis zmiany do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe

-zawarcie polisy ubezpieczeniowej dla uczestników szkoleń

-delegowanie na szkolenia

-wskazania os ob do komisji konkursowej na pielęgniarskie st. kierownicze

-wsparcie finansowe dla organizacji „Dnia skupienia dla służby zdrowia”

-zatwierdzenia i wypłaty dofinansowań do kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego

-zakupu dostępu do platformy bazy IBUK Libra

-przyjęcia statutu Fundacji

-powołanie przedstawicieli do Rady Fundacji

-powołanie Prezesa Zarządu Fundacji

-przyjęcie programu” Przeszkolenia po 5 letniej przerwie w wykonywaniu zawodu”

-zatrudnienie Kancelarii adwokackiej (przedłużenie umowy)

-przystąpienie OIPiP w Kaliszu do przetargu nieograniczonego na wybór organizatora kształcenia prowadzącego specjalizację dla pielęgniarek i położnych.

-zaciąganie zobowiązań w imieniu OIPiP w Kaliszu w ramach przetargu

-zwołania XXXIII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu

-kontynuacji prenumeraty czasopism

-zatwierdzenie rocznego sprawozdania finansowego za rok obrotowy 2016

-zatwierdzenia rocznego planu kontroli podmiotów kształcących

-ujednoczenia wniosku do opiniowania przez OR podwyżek dla pielęgniarek i położnych na podstawie rozporządzenia Min.

Zdrowia z dnia 14 października 2015r.

-zatrudnienia księgowej na zastępstwo

-zakupów wyposażenia niezbędnego do funkcjonowania biura OIPiP

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu realizując zadania ustawowe w roku 2017:

-stwierdziła i wydała prawa wykonywania zawodu 40 pielęgniarkom oraz 2 położnym

-wydano 6 duplikatów prawa wykonywania zawodu z powodu zaginięcia

-skreśliła z rejestru pielęgniarek i położnych 16 pielęgniarek

-wpisała do rejestru pielęgniarek i położnych 20 pielęgniarek

-wykreśliła z rejestru praktyk zawodowych 3 praktyki pielęgniarskie

-monitorowała przebieg kształcenia podyplomowego dokonując 15 wpisów organizatorów kształcenia oraz dokonując 7 wpisów zmian

-skierowano 6 osób na przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu

-powołano 5 komisji egzaminacyjnych po przeszkoleniu i wydano 5 zaświadczeń po przeszkoleniu

-wskazano 12 osoby w skład komisji kwalifikujących osoby na różne formy kształcenia

-23 razy uczestniczyliśmy w postępowaniu egzaminacyjnym w różnych formach kształcenia

-wskazaliśmy 14 razy osoby do składu Komisji konkursowej na stanowisko kierowniczej w ochronie zdrowia
-przyznaliśmy pomoc finansowa dla 21 członkom naszej OIPiP na kwotę 18.300.00 zł. oraz 10 osobom innych OIPiP na kwotę 2.000.00 zł.

-zorganizowano spotkanie dla 41 osób które w roku 2016 odeszły na emeryturę oraz wypłacono im gratyfikacje finansową na kwotę 8.200.00 zł.

-jak co roku kontynuowano dofinansowanie do kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych które są członkami naszej izby. W minionym roku złożono 241 wniosków na różne formy kształcenia. Na dofinansowanie przeznaczono kwotę 108.400.00 zł.

-wydano ok. 374 opinii w sprawie podziału środków na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych

-utrzymano wydawanie w formie kwartalnika Biuletynu OIPiP w Kaliszu oraz udostępniono korzystanie z Biuletynu w wersji elektronicznej

-w ramach nadzoru nad podmiotami prowadzącymi kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych, przeprowadzono 4 kontrole ośrodków kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

-stwierdzono i wydano 3 osobom, odpowiednie zaświadczenia osobom wyjeżdżającym za granicę

-prowadzono na bieżąco wymianę informacji wewnętrznej i zewnętrznej w systemie IMI

-organizowano spotkania z kierowniczą kadrą pielęgniarską, w trakcie których omawiano istotne sprawy związane z pracą i warunkami płacowymi.

-zaopiniowano 14 projektów aktów prawnych

-w ramach integracji środowiska pielęgniarek i położnych zorganizowano wycieczkę do Pragi.

Z przyczyn od nas niezależnych (zbyt mała liczba zgłoszeń) zaplanowany Bal Karnawałowy nie odbył się.

W 2017r pracę Okręgowej Rady wspierali swoją pracą Pełnomocni Przedstawiciele OR w rejonach.

Wzorem lat ubiegłych w minionym roku pracowały Komisje i Zespoły

-Komisja ds. pielęgniarek i położnych

-Komisja ds. socjalnych

Komisja ds. kształcenia przed i podyplomowego

Komisja ds. przekształceń systemowych

Komisja ds. opieki długoterminowej

W 2017r. kontynuował działalność Ośrodek Kształcenia przy OIPiP w Kaliszu organizując:

Kursy kwalifikacyjne:

1. Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki – 24 osoby

Kursy specjalistyczne:

1. Szczepienia ochronne – 24 osób

2. Resuscytacja krążeniowo-oddechowa – 22 osoby

Kursy dokształcające:

1. Obsługa portu do naczyniowego – 9 osób

2. Obsługa portu do naczyniowego – 44 osoby – zorganizowany na terenie SPZOZ w Krotoszynie

Kontynuowane jest kształcenie w zakresie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa chirurgicznego - 50 osób

W końcówce roku 2017 zakończył się nabór na specjalizację w dziedzinie "Pielęgniarstwa psychiatrycznego" która rozpocznie się w br. oraz szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „Pielęgniarstwa neonatologicznego” .

W siedzibie OIPiP w Kaliszu odbywały się kursy specjalistyczne w zakresie:

1. „Ordynowanie leków i wypisywanie recept” – 17 osób

2. „Wywiad i badanie fizykalne” II edycje - 45 osób

organizatorem była Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu.

23 lutego 2017r. odbyła się konferencja „Postępowanie z raną przewlekłą” organizatorami szkolenia była Katedra i Zakład Anatomii Opisowej i Topograficznej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu oraz firma Evereth natomiast patronat honorowy nad szkoleniem objęła Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie oraz Forum Leczenia Ran uczestniczyło 170 osób.

Zorganizowano szkolenie w zakresie „Prawne aspekty prowadzenia dokumentacji medycznej” oraz „Pedikuloza – problem, który można łatwo rozwiązać” dla 67 pielęgniarek zatrudnionych w środowisku nauczania i wychowania.

Odbyła się kolejna edycja szkolenia „Śmierć i żałoba w praktyce pielęgniarki i położnej” - 30 osób

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu oraz Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Kaliszu zorganizowała debatę poświęconą zabezpieczeniu społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie i położnicze w regionie Południowej Wielkopolski w której brało udział 43 uczestników.

Zgodnie z ustawą z dnia 9 października 2015r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2015r. poz.1991 z późn.zm.) od dnia 1 maja 2017r. zaczął obowiązywać System Monitorowania Kształcenia Pracowników Medycznych (SMK). SMK jest systemem teleinformatycznym wspomagającym przebieg procesu kształcenia podyplomowego kadr medycznych, w tym pielęgniarek i położnych. Gromadzone w Systemie informacje umożliwią podmiotom zaangażowanym w proces kształcenia podyplomowego kadr medycznych skuteczną organizację, planowanie i monitorowanie tego procesu, prowadzenie analiz dotyczących zapotrzebowania w zakresie kadr medycznych, w systemie ochrony zdrowia oraz ocenę jakości i skuteczności kształcenia.

Nasza izba podjęła trud informowania oraz szkolenia pielęgniarek i położnych w temacie „Jak założyć konto w SMK oraz jak „poruszać się po systemie”.

W minionym roku kontynuowaliśmy działania związane z powołaniem do życia „Fundacji Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu”

-opracowano i przyjęto uchwałą Okręgowej Rady, Statut fundacji

-powołano uchwałą Okręgowej Rady przedstawicieli do Rady fundacji

-powołano uchwałą Okręgowej Rady Prezesa Zarządu fundacji

-wybrano i zatwierdzono uchwałą Okręgowej Rady ministra właściwego do sprawowania nadzoru nad fundacją

W miesiącu listopadzie dokonano rejestracji fundacji w Krajowym Rejestrze Sądowym.

W 2017r. zakupiono sprzęt na potrzeby biura OIPiP z siedziba w Kaliszu

- zakup laptopa dla Ośrodka kształcenia

-zakup programu antywirusowego oraz przedłużono licencje Office 365

-zakupiono odkurzacz

-zakupiono drukarkę ze skanerem.

Pomimo problemów z pozyskaniem kadry do pracy w Agencji Pielęgniarskiej kontynuowano działalność, polegającą na świadczeniu usług opiekuńczych, pacjentom psychicznie chorym w ich środowisku domowym na terenie miasta Kalisza i Ostrowa Wielkopolskiego.

W omawianym okresie sprawozdawczym:

Przewodniczący OR P. Marek Przybył uczestniczył w posiedzeniach NRPiP oraz Posiedzeniach Konwentu Przewodniczących OR.

Wiceprzewodnicząca, Jolanta Nowak kontynuowała pracę w Zespole ds. Podstawowej Opieki Zdrowotnej działającym przy NRPiP w Warszawie.

Sekretarz OR P. Małgorzata Kowańska brała czynny udział w posiedzeniach Zespołu ds. opieki długoterminowej, działającym przy NRPiP.

W celu zapewnienia pielęgniarkom i położnym właściwego miejsca w systemie świadczeń opieki zdrowotnej, kontynuowano współpracę z Państwową Wyższą Szkołą Zawodową im. Prezydenta S. Wojciechowskiego w Kaliszu, Ogólnopolskim Związkiem

Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych.

Sekretarz OR
Przewodniczący OR
(-) mgr Małgorzata Kowańska
(-) mgr Marek Przybył

CHOROBY PŁUC

CZY GRUŻLICA NADAL JEST NIEBEZPIECZNA?

Światowy Dzień Gruźlicy obchodzony jest 24 marca - na pamiątkę dnia, w którym niemiecki mikrobiolog Robert Koch (1843-1910) ogłosił informację o odkryciu prątka gruźlicy.

Prątek gruźlicy (łac. *Mycobacterium tuberculosis*) – kwasooporna bakteria, która jest czynnikiem etiologicznym groźnej choroby zakaźnej – gruźlicy. Należy do rodziny Mycobacteriaceae i wchodzi w skład grupy prątków gruźliczych. Prątki dzielą się wolno średnio co 15-20 godzin, co warunkuje długi czas potrzebny do uzyskania hodowli (4-6 tygodni). Rozwijają się wewnątrzkomórkowo, a w wyniku ich działania powstają charakterystyczne odczynowe zmiany ziarniniakowate nazywane gruzelkami (stąd nazwa gruźlica).

Są drobnoustrojami opornymi na wiele czynników środowiskowych takie jak: wysuszenie, podwyższona i niska temperatura, wysokie i niskie pH.

Prątek gruźlicy jest bardzo wrażliwy na działanie promieniowania ultrafioletowego - światła słonecznego, które szybko zabija prątki. Również wysoka temperatura (gotowanie, pasteryzowanie) powoduje szybkie zabicie prątków.

Gruźlica przenosi się z osobnika chorego na osobnika zdrowego. **Źródłem zakażenia prątkiem jest najczęściej chory na gruźlicę prątkujący.** Prątki wraz z kropelkami śluzu wydalają się podczas kaszlu, kichania, odkrztuszania czy nawet głośnego śmiechu, mówienia. Kropelki z prątkami unoszą się w powietrzu, wysychają i opadają wraz z wdychanym powietrzem, mogą dostać się do płuc. Tam się „zagnieżdżają”. Dochodzi do zakażenia prątkiem. To zakażenie drogą powietrzną- kropelkową

jest najczęstsze. Jeden chory prątkujący nie leczony zakaża w ciągu roku średnio od 10 do 15 ludzi.

Bardzo rzadko do zakażenia prątkiem dochodzi drogą pokarmową - poprzez spożycie produktów żywnościowych zawierających prątki. Najczęściej poprzez spożycie surowego mleka lub jego przetworów pochodzących od chorego na gruźlicę bydła- krowy (w Polsce jest to zakażenie incydentalne).

Zakażenie prątkiem nie jest jednoznaczne z chorobą. Objawy chorobowe występują u zaledwie 5-10% zakażonych prątkiem gruźlicy, u pozostałych zakażenie zostaje zwalczone lub przechodzi w fazę latentną. U człowieka zakażonego, ryzyko zachorowania na gruźlicę utrzymuje się przez całe życie. Może do niego dojść w przypadku osłabienia odporności organizmu.

Prątek atakuje wszystkie narządy i tkanki ludzkiego organizmu wywołując w nich zmiany chorobowe ale najczęściej są to płuca, one są bowiem najczęstszym miejscem, do którego prątek dostaje się do człowieka i najczęściej tam jest pierwotna siedziba prątka.

Najczęstszym czynnikiem zewnętrznym osłabiającym organizm ludzki jest ubóstwo, niedożywienie, złe warunki mieszkaniowe, złe warunki sanitarne. W ciasnym, ciemnym, źle wietrzonym pomieszczeniu więcej prątków utrzymuje się

w powietrzu, niż w dużym nasłonecznionym i wietrzonym pomieszczeniu. Stresy psychiczne wywołane nędzą, aktualnym lub potencjalnym bezrobociem, choć nie tylko, są przyczyną takich nałogów jak alkoholizm czy narkomania, a także nikotynizm. Wszystkie te nałogi szkodliwe są dla układu odpornościowego człowieka i zwiększają ryzyko zachorowania na gruźlicę.

Do czynników wewnętrznych sprzyjających przejściu zakażenia prątkiem w chorobę, należy zakażenie HIV, cukrzyca, krzemica, choroby nowotworowe, choroby krwi, stany po transplantacji.

Bardzo istotnym jest wczesne wykrycie choroby i natychmiastowe leczenie chorego. Chory prawidłowo leczony już po miesiącu przestaje być zaraźliwy dla otoczenia.

Początek gruźlicy jest często skryty, podstępny, objawy są słabo wyrażone i niecharakterystyczne:

- kaszel utrzymujący się co najmniej 3 tygodnie - ten objaw jest szczególnie ważny,
- odkrztuszanie płwociny,
- brak apetytu i utrata wagi ciała,
- nocne poty,
- stany podgorączkowe,
- osłabienie i łatwe męczenie się,
- duszność i/lub ból w klatce piersiowej,
- krwionośność,

Gruźlica może zaatakować praktycznie każdy narząd (np. gruźlica węzłów chłonnych, gruźlica stawów i kości, bardzo groźna gruźlica opon rdzeniowo-mózgowych u dzieci) lub wiele z nich jednocześnie (postać rozsiana). Statystycznie najczęściej jednak gruźlica atakuje płuca.

Szczepionkę przeciw tej chorobie wynaleziono w 1921 r. Jej skuteczność wynosi około 80 proc. W przypadku noworodków i małych dzieci pozwala ustrzec się przed najgroźniejszymi postaciami choroby, prowadzącymi często do śmierci.

Gruźlica na świecie

Wg WHO w 2015 roku na świecie zachorowało na gruźlicę 10,4 mln osób, w tym 5,9 mln mężczyzn, 3,3 mln kobiet i 1 milion dzieci. 60% wszystkich chorych na gruźlicę to mieszkańcy Indii, Indonezji, Chin, Nigerii, Pakistanu i Południowej Afryki. U 480 tys. chorych wykryto gruźlicę wielolekooporną (multidrug resistant tuberculosis-MDR-TB), wywołaną przez prątki odporne jednocześnie na izoniazyd i ryfampicynę - dwa najsilniejsze leki przeciwprątkowe. Szacuje się, że najwięcej chorych na MDR-TB mieszka w Chinach, Indiach i Rosji. 11% chorych na gruźlicę na świecie to osoby zakażone HIV. W niektórych regionach na południu Afryki zakażenie HIV stwierdza się u większości chorych na gruźlicę. Gruźlica jest jedną z częstszych przyczyną zgonów na świecie. Z powodu tej choroby w 2015 roku zmarło 1,4 mln osób.

W krajach UE/EOG łącznie najwyższą zapadalność na gruźlicę (14,4 na 100 000) stwierdzano w grupie wieku 25-44 lata. Najwyższą zapadalność u dzieci odnotowano w Bułgarii, Rumunii, Litwie i Łotwie. Wśród chorych na gruźlicę w UE/EOG przeważali mężczyźni w proporcji 1,5: 1.

W wielu krajach europejskich wśród chorych na gruźlicę dominują imigranci. W Europie (na obszarze UE/EOG) to 29,8% osób chorych na gruźlicę, około 50% w Wielkiej Brytanii i Niemczech. Cudzoziemcy stanowili największy odsetek wśród chorych na gruźlicę w Szwecji- 89,5%; Norwegii- 88,7% i Islandii- 85,7%; najniższy odsetek (<1%) - w Bułgarii, Rumunii i Polsce.

Zachorowalność i liczba zgonów z powodu gruźlicy w Europie spada. W Polsce zapadalność na gruźlicę w 2015 roku była niższa niż w roku poprzednim, ale wyższa niż średnia w krajach UE/EOG. Odsetek dzieci wśród chorych na gruźlicę, odsetek osób zakażonych HIV i przypadków MDR-TB jest w naszym kraju niższy niż przeciętne w krajach UE i EOG.

W Polsce współczynnik zapadalności u dzieci do lat 14 wynosił 1,4 na 100 000, u osób w wieku od 45 do 64 lat - 28,1 na 100 000. Przed 2015 rokiem najwyższe współczynniki zapadalności stwierdzano w najstarszej grupie wieku, u osób >65 lat. W 2015 roku współczynnik zapadalności w najstarszej grupie wieku, tzn. u osób w wieku 65 lat i starszych wynosił 26,9 na 100 000, czyli był już nieco niższy niż w grupie wiekowej 45-64 lata. Średnia wieku chorych na gruźlicę w Polsce wynosiła w 2015 roku 53,7 lat. Zachorowania wśród mężczyzn stanowiły 69,3% ogółu zachorowań. Największa różnica zapadalności między mężczyznami i kobietami występowała w przedziale od 50 do 54 lat (w proporcji 3,6:1) oraz w wieku od 55 do 59 lat (4,1:1). Najwyższą zapadalność na gruźlicę u mężczyzn i kobiet stwierdzono na Śląsku - odpowiednio 39,3 i 14,6 na 100 000.

Zapadalność na gruźlicę w Polsce wynosi 16,7 przypadków na 100 tys. ludności. Zgodnie z definicją Europejskiego Centrum do Spraw Zapobiegania i Kontroli Chorób (ECDC) taką zapadalność - czyli niższą niż 20 zachorowań na 100 tys. ludności, określa się jako niską. W latach 2011-2015 na naszym kontynencie z powodu gruźlicy liczba zachorowań spadła o 4,3 proc., a liczba zgonów - o 8,5 proc. W tym samym okresie aż o 40 proc. wzrosła liczba przypadków tej choroby u osób z wirusem HIV.

Pomimo spektakularnej poprawy sytuacji, gruźlica wciąż budzi niepokój społeczny i wywołuje emocje. W prasie pojawiają się artykuły, że gruźlica znów się szerzy, a innym razem można usłyszeć, że została praktycznie wyeliminowana, o czym świadczy likwidacja rewakcytacji i rezygnacja z profilaktycznych badań radiologicznych. Strategię czynnego wykrywania gruźlicy zastąpiono poszukiwaniem choroby jedynie u chorych z objawami. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce przesuwająca zainteresowanie gruźlicą z pionu ftyzjatrycznego do POZ i wymaga podejmowania działań diagnostycznych oraz profilaktycznych ze strony lekarzy rodzinnych.

Piśmiennictwo:

- Co należy wiedzieć o gruźlicy.
www.igichp.edu.pl/subpag/conalezy.html
- Gruźlica w Polsce coraz rzadsza – choć wciąż obecna.
naukawpolsce.pap.pl
- Polska zagrożona gruźlicą z Ukrainy.
www.rynekzdrowia.pl
- www.mz.gov.pl/wp-content/.../2017/01/prezentacje.prof._korzeniewskiej-kosela-i.ppt
- Zielonka T.:Epidemiologia gruźlicy w Polsce
– implikacje w praktyce lekarza poz.

CHOROBA ZWYRODNIENIOWA UKŁADU NERWOWEGO**CHOROBA PARKINSONA
- DRŻĄCZKA PORĄŻNA**

Choroba Parkinsona jest postępującą zwyrodnieniową chorobą układu nerwowego. Dotyczy prążkowiec, gałki bladej, istoty czarnej i jądra podstawy. Wymienione struktury są odpowiedzialne za postawę, napięcie mięśniowe, ruchy automatyczne.

W chorobie Parkinsona zanikają neurony dopaminergiczne. Neurony te w prawidłowych warunkach wydzielają dopaminę, przekaźnik chemiczny odpowiedzialny za transmisję sygnałów pomiędzy istotą czarną, a ciałem prążkowanym w kresomózgowiu. Objawy choroby występują przy spadku dopaminy o 70 – 80%.

W zależności od przyczyn niedoboru dopaminy wyróżniamy chorobą Parkinsona pierwotną i wtórną.

W chorobie pierwotnej (około 80%) przyczyna jest nieznana. Choroba najczęściej rozpoczyna się po 65. roku życia. Notuje się również zachorowania w 50. roku życia. W chorobie wtórnej parkinsonizm jest objawem i może pojawić się u osób młodszych. Przyczyną parkinsonizmu objawowego mogą być:

- po zapaleniu lub uszkodzeniu mózgu,
- zaburzenia w krążeniu związane z miażdżycą,
- niektóre leki np. neuroleptyki, antagoniści wapnia,
- guzy mózgu,
- zatrucia toksynami np. tlenek węgla, metanol.

Wśród najczęstszych czynników przyczyniających się do wystąpienia choroby Parkinsona wymienia się:

- uwarunkowania genetyczne,
- czynniki toksyczne,
- neuroinfekcje,
- stres oksydacyjny.

Objawy choroby narastają stopniowo. Na początku nie są specyficzne: osłabienie, zmęczenie, łatwa męczliwość, spowolnienie ruchowe i pewna niezgrabność w ruchach. Dlatego początkowo chorzy wiążą te objawy ze zmianami reumatycznymi lub ze starszym wiekiem. Jednak po pewnym czasie zauważają nasilenie objawów: zaburzenia równowagi lub trudności z wykonywaniem takich prostych czynności, jak wstawanie z krzesła, czy z łóżka.

Objawy charakterystyczne w chorobie Parkinsona.

Występuje triada objawów:

sztwywność mięśniowa – wzrasta napięcie podstawowe mięśni ze zwiększającym się oporem kończyn dolnych i górnych przy biernym poruszaniu, brak pełnego rozluźnienia mięśni (charakterystyczna, przygarbiona sylwetka),

drżenie spoczynkowe szczególnie rąk, na początku jednej kończyny - drżenie spoczynkowe (wykonywany kciukiem i palcem wskazującym ruch „kręcenia pigułki”, „liczenie pieniędzy” drżenie nasila się pod wpływem emocji, zanikanie - podczas wykonywania ruchów dowolnych oraz snu),

bradykineza - spowolnienie ruchowe - występują trudności z rozpoczęciem ruchu, maskowata twarz, chód drobnymi kroczkami, zaburzenia mowy (mowa monotonna, słabo artykułowana, ściszona), zaburzenia odruchów postawnych (upadki).

W chorobie Parkinsona występują objawy wegetatywne – zwiększona produkcja śliny, zwiększone wydzielanie łju i

potu, duszność przy zdenerwowaniu, zaburzenia snu – omamy wzrokowe, słuchowe, bezsenność, bradyfrenia - spowolnienie myślenia przy zachowanej inteligencji, występuje depresja, zmienia się również pismo (małe i nieczytelne – mikrografia), osłabienie węchu, zaburzenia opróżniania pęcherza moczowego, hipotonia ortostatyczna, objawy psychiczne (niestabilność nastroju, nadwrażliwość).

Diagnostyka

Diagnozę stawia się na podstawie objawów, obserwacji przebiegu choroby. Można wykonać pozytonową tomografię emisyjną. Przebieg choroby jest indywidualny. Choroba może być długo nierozpoznana np. z powodu spowolnienia ruchowego, które może być przypisywane procesowi starzenia.

W chorobie Parkinsona przez wiele lat mogą nie występować objawy kliniczne jednak neurony dopaminergiczne są już uszkodzane. Następnie pojawia się wczesny okres fazy klinicznej – chorzy

zazwyczaj dobrze reagują na podawane leki. W okresie późnym choroby stopniowo zmniejsza się skuteczność leczenia i występują powikłania polekowe – objaw on-off to przejściowy zanik działania leku mimo jego zażywania. „On” – czas dobrej mobilności (sprawności ruchowej), „off” – czas słabej mobilności (utrudnione poruszanie, psychozy, halucynacje). Choroba może mieć różny przebieg. Może w krótkim czasie spowodować dużą niepełnosprawność a może przebiegać tak, że chory bardzo długo zachowa pełną sprawność.

Leczenie

Leczenie musi być zindywidualizowane, zależne od wieku i stanu pacjenta. Jest to leczenie objawowe. Pacjenci przyjmują leki do końca życia.

W leczeniu farmakologicznym próbuje się uzupełnić niedobór dopaminy, zahamować proces rozkładu tego przekaźnika w mózgu lub dostarczyć organizmowi substancje, które pobudzają receptory dopaminowe. Podanie do krwi dopaminy nie przyniosłoby żadnego rezultatu, ponieważ nie przechodzi ona przez barierę krew - mózg. Przez tę barierę przechodzi natomiast L-DOPA, prekursor z którego dopamina powstaje. Wprowadzenie L-DOPA było przełomem w walce z chorobą Parkinsona.

L-DOPA podawana jest obwodowo wraz z inhibitorami enzymów przekształcającymi L-DOPA w dopaminę. Zapobiega to przekształceniu L-DOPA w dopaminę we krwi obwodowej. Inhibitory te nie przechodzą przez barierę krew - mózg natomiast L-DOPA tak. Leków przeciwparkinsonowskich nie wolno

odstawiać. Nagłe odstawienie może spowodować zaostrzenie choroby.

Leczenie niefarmakologiczne:

Fizjoterapia - pływanie, masaże, gimnastyka, ergoterapia, logopedia, poradnictwo psychosocjalne, odpowiednie odżywianie. Komunikacja.

Odpowiednią ilość czasu na komunikację.

Nie wykazywać zniecierpliwienia.

Nastawić się na powolne reakcje ze strony chorego.

Przeprowadzać codzienny trening mowy.

Ćwiczyć pisanie drukowanymi literami.

Utrzymać kontakt wzrokowy.

Zachęcać do kontaktowania się np. ze znajomymi.

Opieka nad chorym.

Ocenić możliwości chorego w zakresie samoopieki.

Wspierać i edukować chorego i rodzinę.

Motywować chorego do samoobsługi.

Nie wyręczać chorego przy wykonywaniu czynności jeśli nie ma takiej potrzeby.

Wykazywać cierpliwość, zrozumienie podczas np. mycia ciała, posiłku.

Z powodu wydzielania większej ilości potu, łoju często myć ciało (nawet kilka razy dziennie).

Zwrócić uwagę na pielęgnację oczu – rzadkie mruganie może spowodować zapalenie spojówek,

Dokładnie pielęgnować jamę ustną,

Do golenia używać maszynki elektrycznej.

Podczas mycia wskazać sposób zapewnienia bezpieczeństwa (jeśli chory przebywa w domu zalecić zamontowanie poręczy, mat antypoślizgowych).

Stosowanie ciepłych kąpielii.

Codziennie zmieniać bieliznę.

Stosować ubrania na rzepy, suwak.

Nie wskazane jest stosowanie tłustych kremów do twarzy.

Przy zaburzeniach oddawania moczu stosować środki absorpcyjne.

U chorych leżących stosować profilaktykę przeciwoleżynową.

Chorych karmić powoli najlepiej w pozycji siedzącej by uniknąć zachłyśnięcia.

Prawidłowo odżywiać chorego. Problemem u pacjentów z chorobą Parkinsona jest niedożywienie. Może być spowodowane trudnościami w posługiwaniu się sztućcami, częstą depresją, brakiem apetytu. Znaczna część energii zużywana jest na ruchy mimowolne oraz zwiększone napięcie mięśniowe. Nadmiar białka w diecie zmniejsza skuteczność leczenia lewodopą. Najlepiej przyjmować lek trzydzieści minut przed posiłkiem lub godzinę po posiłku, który zawiera białko. Zwrócić szczególną uwagę na odpowiednią dietę bogatą w związki o działaniu przeciwutleniającym i wychwytyjącym wolne rodniki. Dieta powinna zawierać witaminy antyoksydacyjne. Badania wskazują, że witamina C, E, B- karoten neutralizują wolne rodniki. Warzywa i owoce stanowią dobre źródło przeciwutleniaczy. Owoce i warzywa bogate w witaminę C to m.in.: porzeczki czarne, truskawki, poziomki, kiwi, cytryna, grejpfrut, pomarańcza, papryka czerwona

i zielona, kalafior, kalarepa, natka pietruszki, szpinak, jarmuż. Owoce i warzywa zawierające Beta-karoten to m.in.: marchew, natka pietruszki, szczaw. Witaminę E zawierają: czarne jagody, awokado, nektarynki, kapusta włoska, czerwona i biała, Wskazane są produkty bogate w kwasy Omega-3 – bogatym źródłem są ryby. Szczególnie korzystny jest kwas dokozaheksaenowy (DHA) niezbędny do prawidłowego wzrostu i funkcjonowania mózgu i chroni neurony przed cytotoksycznością. Wskazana jest dieta śródziemnomorska.

Stosować środki pomocnicze (specjalne sztućce, filizanki z uszkami wypełnione do połowy płynem, talerze z przysawkami).

Pamiętać o podawaniu odpowiedniej ilości płynów.

Przy przygotowaniu posiłków zwrócić uwagę na przyzwyczajenia chorego.

Dbać o bezpieczeństwo chorego. Systematycznie sprawdzać przydatność okularów, aparatów słuchowych.

Chronić przed upadkami. Stosować dobre oświetlenie w pomieszczeniach, drzwi bez progów, krzesła mocne antypoślizgowe, schody z poręczami bez dywanów, usunięcie w pomieszczeniach dywanów, o które chory może się potknąć. Łazienkę dostosować do potrzeb osoby niepełnosprawnej. Przeprowadzić trening chodzenia.

Dbać o aktywność ruchową. Wykonywać ćwiczenia ogólnie usprawniające. Ćwiczyć siadanie, wstawanie z krzesła, łóżka. Nauczyć posługiwania się sprzętem pomocniczym przy poruszaniu. Wskazana jest terapia behawioralna.

Stosować terapię zajęciową, która poprawi precyzyjność ruchów – robotki ręczne, pomoc w gospodarstwie domowym.

Poprawić funkcjonowanie układu krążenia i oddechowego – ćwiczenia oddechowe, kontrola ciśnienia tętniczego krwi przy wstawaniu.

Zwrócić uwagę na odpoczynek i sen. Pozostawienie włączonej lampki nocnej ograniczy występowanie omamów. Dbać o zmianę pozycji podczas snu jeżeli chory sam tego nie robi.

Zwrócić uwagę na prawidłowe przyjmowanie leków oraz skutki uboczne ich działania.

Pamiętać o możliwości wystąpienia przelomu akinytycznego, który może zagrażać życiu

(występuje rzadko). Objawia się nagle całkowitą utratą zdolności poruszania się, możliwością odwodnienia. Czynnikiem wyzwalającym taki stan może być operacja, ciężka infekcja gorączkowa, zaprzestanie przyjmowania leków.

Choremu i rodzinie można wskazać Stowarzyszenia, które działają na rzecz chorych z chorobą Parkinsona.

Przygotowała Krystyna Polomska na podstawie piśmiennictwa:

1. Wiczorkowska-Tobiś K., Talarska D.: Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2008
2. Galus K.: Wydanie polskie. Pielęgniarstwo geriatryczne. Urban & Partner Wrocław 2015
3. Kozubski W., Liberski P.: Neurologia. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2006
4. Kostka T.: Choroby wieku podeszłego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2009
5. Choroby neurologiczne. Encyklopedia zdrowia dla całej rodziny 02/2017

ZAKAŻENIA UKŁADU MOCZOWEGO U OSÓB STARSZYCH – ROLA PIELĘGNIARKI

Zakażenia układu moczowego (ZUM) są częstymi chorobami infekcyjnymi u pacjentów w wieku podeszłym. U tych osób zmienia się kliniczny przebieg zakażenia dlatego rozpoznanie zakażenia układu moczowego może być problemem.

Zakażenia układu moczowego (ZUM) są częstymi chorobami infekcyjnymi u pacjentów w wieku podeszłym. U tych osób zmienia się kliniczny przebieg zakażenia dlatego rozpoznanie zakażenia układu moczowego może być problemem. Na funkcjonowanie układu moczowego duży wpływ ma czynność układu nerwowego, mięśniowego. Osłabienie mięśni tłoczni brzusznej, zmniejszenie napięcia mięśni przepony miednicy są przyczyną zaburzeń w oddawaniu moczu, opróżnianiu pęcherza moczowego. U kobiet zmniejszone stężenie estrogenów powoduje zanik nabłonka pochwy i cewki moczowej. Zmiana pH wydzieliny pochwy powoduje zmianę flory bakteryjnej w pochwie co sprzyja powstawaniu zapaleń cewki moczowej. U mężczyzn czynnikami sprzyjającymi występowaniu zakażenia układu moczowego jest przerost gruczołu krokowego, często bezobjawowe zapalenie gruczołu krokowego. Osłabienie funkcji układu odpornościowego ma istotną rolę w patofizjologii zakażeń. Zakażenia układu moczowego u osób starszych mogą dotyczyć dolnych dróg moczowych (zapalenie cewki moczowej, pęcherza moczowego, zapalenie gruczołu krokowego) i górnych dróg moczowych (odmiedniczkowe zapalenie nerek ostre i przewlekłe). Szczególnym problemem mogą być nietypowe objawy występujące w tej grupie wiekowej, zakażenie więcej niż jednym mikroorganizmem, lekooporność szczepów bakteryjnych i interakcje między różnymi lekami stosowanymi z powodu chorób współistniejących. U osób chorych na cukrzycę dwukrotnie częściej występują zakażenia układu moczowego. Cukier obecny w moczu, stanowi doskonałą pożywkę dla bakterii. Ponadto u chorych z cukrzycą dużą rolę odgrywa osłabienie ogólnej odporności organizmu, a także powikłania neurologiczne, prowadzące do zaburzeń opróżniania pęcherza i rozwoju nefropatii cukrzycowej. Diagnostyka zakażenia układu moczowego może być utrudniona. Trudności mogą wynikać z odmienności objawów klinicznych u osób starszych. Mogą również wynikać z problemem w zebraniu wywiadu i utrudnionym kontaktem z pacjentem. U osób w podeszłym wieku splątanie, apatia mogą być objawem zakażenia układu moczowego. Pierwszym objawem świadczącym o zakażeniu u pacjentów z utrudnionym kontaktem może być pogorszenie stanu ogólnego. Przy przedostaniu się bakterii do krwi może pojawić się zwiększenie częstości oddechów, tachykardia, nudności, wymioty. U pacjentów z objawami zapalenia pęcherza moczowego często stwierdza się zapalenie nerek. U osób w podeszłym wieku często

występuje bakteriomocz bezobjawowy. Częstość jego występowania wzrasta wraz z wiekiem. Połowa kobiet w wieku osiemdziesięciu lat ma bakteriomocz bezobjawowy.

Czynniki sprzyjające występowaniu zakażeń układu moczowego u osób starszych:

- Nietrzymanie moczu,
- Niedostateczna higiena,
- Niedobór estrogenów,
- Unieruchomienie w łóżku,
- pęcherz neurogeny,
- uchylki pęcherza moczowego,
- kamica dróg moczowych,
- opadanie narządu rodowego z nietrzymaniem moczu u kobiet,
- Wypadanie macicy,
- przerost gruczołu krokowego,
- cewnikowanie dróg moczowych,
- zabiegi na drogach moczowych,
- obniżenie odporności (nieodżywienie, choroby towarzyszące, zwłaszcza serca i płuc),
- demencja, zwłaszcza po przebyciu udarów,
- zapalne choroby reumatoidalne.

Zakażenia układu moczowego dzielimy na niepowikłane i powikłane. Te ostatnie występują u osób z nieprawidłowościami w budowie układu moczowego lub z upośledzeniem odporności. U ludzi starszych bardzo rzadko występują zakażenia układu moczowego niepowikłane.

Objawy zakażenia: bezobjawowa bakteriuuria jest rozpoznawana przypadkowo. Często występuje ból, pieczenie przy oddawaniu moczu, częste parcie na mocz z częstym oddawaniem w niewielkiej ilości, bezwiedne oddawanie kroplami, ból w okolicy cewki moczowej i pęcherza moczowego, podwyższona temperatura ciała lub gorączka, która najczęściej oznacza zajęcie stanem zapalnym nerek, mętny brązowy mocz, złe samopoczucie, osłabienie, splątanie. U chorych zdezorientowanych – niepokój.

Drobnoustroje odpowiedzialne za zakażenia to najczęściej bakterie. W około 70% przypadków są to pałeczki jelitowe (*Escherichia coli*) oraz gronkowiec. Grzybicze zakażenie występuje najczęściej u osób z obniżoną odpornością, długotrwanie zażywających antybiotyki lub leki immunosupresyjne, zacewnikowanych albo po innych zabiegach wykonanych na drogach moczowych.

W przypadku zapalenia dróg moczowych niepowikłanych, tzn. występującego u osób bez czynników predysponujących, leczenie polega na podaniu antybiotyków, głównie z grupy

cefalosporyn, bez potrzeby wykonywania antybiogramu. Za dobre efekty terapeutyczne uznaje się ustąpienie dolegliwości bólowych oraz gorączki w ciągu 24 godzin. Po zakończeniu leczenia zaleca się wykonanie kontrolnego badania ogólnego moczu.

W zapaleniu dróg moczowych powikłanych u osób, u których występują czynniki predysponujące, leczenie polega na podaniu antybiotyków po uprzednim wykonaniu posiewu moczu i antybiogramu pokazującego, na który lek dana bakteria jest wrażliwa. W przypadku stanu zapalnego dróg moczowych największe znaczenie ma badanie moczu, a przede wszystkim jego osadu, określenie obecności i liczby leukocytów oraz obecności bakterii.

Ważna jest pielęgnacja chorego. W ostrym stanie chory powinien wypoczywać w łóżku, jeśli nie ma przeciwwskazań można stosować ciepło. Zakładać ciepłą bieliznę i ciepłe skarpety, kontrolować temperaturę ciała. Regularnie zmieniać środki absorpcyjne przy nietrzymaniu moczu. Pożywienie powinno być bogate w witaminy i białko. Należy obserwować oddawanie moczu. Należy zadbać o dokładną higienę intymną. Myć okolice intymne po każdej wizycie w toalecie zawsze w kierunku odbytu. Należy używać do pielęgnacji okolic intymnych środków, które nie niszczą naturalnej flory bakteryjnej. Odzież wilgotną należy natychmiast zmieniać. Dokładnie należy pielęgnować cewnik jeśli jest założony. Do pielęgnacji krocza używać myjek jednorazowych. Chory powinien pić przynajmniej 2 litry płynów na dobę. Przy stosowaniu basenu w łóżku nie stawiać go na podłodze. W pomieszczeniu, w którym

przebywa chory powinno być ciepło. Dla osób chodzących dostosować ubranie do pogody.

W profilaktyce zakażeń układu moczowego zalecane jest: stosowanie łagodnych środków zakwaszających moczu, przyjmowanie odpowiedniej ilości płynów, częste oddawanie moczu, stosowanie preparatów łagodnych odkażających moczu np. ziołowych. Istotnym postępowaniem jest leczenie zapań, które zmniejsza występowanie bakteriomoczu. U kobiet po menopauzie często rozważa się stosowanie miejscowo estrogenów, które zmniejszają ryzyko powrotu zakażeń oraz dopochwowych preparatów zawierających *Lactobacillus*. Leczenie zakażeń układu moczowego u osób w podeszłym wieku jest podobne jak u osób młodszych. Stosuje się antybiotyki należące do fluorochinolonów, cefalosporyn oraz chemioterapeutyki.

Przygotowała Krystyna Połomska

na podstawie piśmiennictwa:

1. Wiczorkowska- Tobis K. , Talarska D. Geriatria i pielęgniarstwo geriatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2015.

2. Zakażenia układu moczowego w podeszłym wieku Zdrowie wm.pl

CHOROBY OGRANICZAJĄCE POROZUMIEWANIE SIĘ

NIEDOSŁUCH U OSÓB STARSZYCH

Upośledzenie słuchu ogranicza porozumiewanie się i wymaga odpowiedniej opieki. Niedosłuch to zaburzenie narządu słuchu objawiające się nieprawidłowościami przewodzenia dźwięków lub ich odbioru. Niedosłuch coraz częściej dotyka ludzi w różnym wieku. Najczęściej występuje u ludzi starszych. Często upośledzenie słuchu u osoby starszej określa się jako głuchotę starczą. Początkowo osoba starsza kompensuje niewielki niedosłuch za pomocą innych funkcji poznawczych. Problemy ze słuchem ma co czwarta osoba po 65. roku życia i ponad jedna trzecia siedemdziesięcioletków.

Przyczyny niedosłuchu

Ponieważ narząd słuchu jest niezwykle skomplikowany, podobnie jak sam proces słyszenia.

W zasadzie na każdym etapie przewodzenia i odbioru dźwięku mogą nastąpić zakłócenia powodujące ostateczny efekt w postaci niedosłuchu lub nawet głuchoty. W przypadku niedosłuchu u osoby starszej - można niemal zawrzeć wszystkie przyczyny w jednej. Jest nią starzenie się organizmu i związane z nim „zużywanie się” poszczególnych elementów narządu słuchu. Starzenie się słuchu rozpoczyna się stosunkowo wcześnie. Już 30-40-latkowie nie słyszą pewnych dźwięków doskonale

słyszanych przez nastolatki. W tym okresie upośledzenie słuchu dotyczy tonów wysokich. Z biegiem lat obejmuje tony o średniej i niskiej częstotliwości.

Pogarszanie się słuchu związane z wiekiem to stopniowy proces, rozłożony niekiedy na wiele lat. Jest to objaw fizjologiczny. Zmiany wsteczne w narządzie słuchu są następstwem miażdżycy naczyń oraz zużycia elementów nerwowych narządu słuchu. Jego tempo i intensywność zależą od indywidualnych uwarunkowań takich jak czynniki genetyczne, współistniejące choroby czy styl życia.

Czynniki ryzyka niedosłuchu

Prawdopodobieństwo wystąpienia niedosłuchu występuje częściej, gdy pojawiają się następujące czynniki: częste przebywanie w dużym hałasie,

przyjmowanie niektórych grup leków (tzw. leki ototoksyczne, do których należą niektóre antybiotyki, diuretyki, niesterydowe leki przeciwzapalne czy leki cytostaticzne),

czynniki genetyczne (występowanie niedosłuchu w rodzinie),

niektóre choroby z wysoką gorączką .

Wyróżnia się cztery typy starczego upośledzenia słuchu: odbiorcze – powstaje wskutek zaniku nabłonka zmysłowego w ślimaku;

neurtyczne – powstaje wskutek zaniku komórek zwojowych w zwoju spiralnym ślimaka;

metaboliczne – powstaje wskutek zwyrodnienia prążka naczyniowego;

mechaniczne - powstaje wskutek usztywnienia błony podstawnej w ślimaku.

Najczęstsze objawy upośledzenia słuchu.

Upośledzenie słyszenia tonów o wysokiej częstotliwości - z czasem pojawiają się problemy z innymi tonacjami.

Problemy ze słyszeniem cichszych dźwięków czy rozumieniem mowy.

Utracie słuchu towarzyszą szумы w uszach, zawroty głowy.

Dezorientacja.

Osoba zaczyna coraz głośniejsze słuchać radia i telewizora.

Czasem sprawia wrażenie, że nie rozumie, co do niej mówimy.

Nieufność, nastrój depresyjny.

Podopieczny reaguje tylko wtedy, gdy widzi rozmówcę.

Wypowiedzi osoby niedosłyszającej nie pasują do zadawanych pytań.

Nie wszystkie objawy są charakterystyczne ani wyraźne dla otoczenia. Wiele objawów wydaje się nie mieć na pierwszy rzut oka związku z niedosłuchem.

Skutki niedosłuchu dla osób niedosłyszających:

izolowanie się, wycofanie społeczne, niechęć do kontaktów towarzyskich,

zmiana sposobu prowadzenia rozmowy - wyciszenie, rzadsze zabieranie głosu,

obniżenie nastroju i samopoczucia psychicznego,

konflikty z przyjaciółmi, krewnymi,

utrata poczucia własnej wartości,

podejrzliwość, agresja.

Opieka nad osobami z niedosłuchem.

Pierwsze objawy pogorszenia słuchu powinny stanowić bodziec do wizyty u lekarza, który zdiagnozuje niedosłuch poprzez wywiad z chorym, testy i badania audiometryczne.

Zorientować się jaki sposób porozumiewania się osoba preferuje.

Do osoby niedosłyszającej należy mówić wolno, wyraźnie.

Przed rozpoczęciem rozmowy zwrócić na siebie uwagę, tak , by podopieczny widział, że chcemy nawiązać kontakt.

Przekazywane informacje powinny być krótkie i jasne.

Starać się utrzymać kontakt wzrokowy.

Jeśli widzimy, że pacjent nie rozumie co do niego mówimy należy pisać na kartce.

Nie należy do osoby niedosłyszającej podchodzić od tyłu – może się wystraszyć.

Podczas rozmowy wyciszyć radio, telewizor.

Cierpliwie powtórzyć swoje wypowiedzi.

W rozmowie wykorzystać naturalne gesty, mimikę.

W mieszkaniu zastosować urządzenia sygnalizacyjne (dzwonek świetlny, budzik z lampą błyskową)

Zaproponować używanie tekstofonów.

Poinformować podopiecznego, krewnych o sposobie załatwienia aparatu słuchowego.

Osobą samotnym przypominać o prawidłowej obsłudze aparatu słuchowego.

Metoda komunikacji , w której wykorzystuje się odpowiednie słuchowe, ustne i migowe sposoby porozumiewania się nazywa się komunikacją totalną, która zakłada, że w komunikowaniu wykorzystuje się wszystkie dostępne metody, środki.

Leczenie niedosłuchu

Uszkodzonego słuchu nie da się wyleczyć farmakologicznie. Brak jest środków, które spowodowałyby cofnięcie zmian w narządzie odbiorczym słuchu (ślimaku, lub nerwie ślimakowym). Istnieją teorie dotyczące stosowania witaminy A+ E, która powoduje częściowo zahamowanie zmian w nerwie ślimakowym i narządzie Cortiego. Można stosować różnego rodzaju aparaty słuchowe lub implanty ślimakowe, wyposażone w dodatkowe funkcje pozwalające na optymalne słyszenie w różnych sytuacjach. Ich zastosowanie pozwala na poprawę komfortu porozumiewania się z otoczeniem.

Profilaktyka niedosłuchu

Podobnie jak w wielu przypadkach chorób związanych z wiekiem i tu nie da się „nie starzeć”. Jednakże odpowiednie dbanie o narząd słuchu, polegające przede wszystkim na unikaniu hałasu (zarówno w pracy jak i poza nią) i umiejętne czyszczenie kanałów słuchowych, pozwalają dłużej utrzymać sprawność słuchu. W profilaktyce głuchoty starczej stosuje się leki usprawniające procesy metaboliczne w ośrodkowym układzie nerwowym.

Przygotowała Krystyna Połomska

na podstawie piśmiennictwa:

1. Wiczorkowska-Tobiś K., Talarska D.:

Geriatrya i pielęgniarstwo geriatryczne.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017

2. Galus K.: Wydanie polskie. Pielęgniarstwo geriatryczne.

Urban & Partner Wrocław 2015

3. Latkowski J.: red. Otolaryngologia dla studentów medycyny i stomatologii.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017



NACZELNA IZBA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

Warszawa, 23 marca 2018 r.

Pan
Marek Przybył
Przewodniczący
Okręgowej Rady Pielęgniarek
i Położnych w Kaliszu

Spaniamy Pani Przewodniczący

Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Budżetowy to czas podsumowań całorocznej pracy organów Okręgowej Izby. To czas oceny i podsumowania zysków i strat oraz wytyczenia planów na kolejny rok. Od wytrwałości i rozwagi członków Izby zależy będzie, czy podjęte zostaną słuszne decyzje, które wpłyną na poprawę warunków pracy na przyszłe lata.

VII kadencja naszego samorządu dobiegła półmetka; pozwolę sobie zatem na krótkie podsumowanie. Był to szczególnie pracowity okres. Uczestnicząc w negocjacjach, dyskusjach, spotkaniach mamy świadomość, że działania, które teraz podejmuje nasz samorząd - determinują nasze przyszłe osiągnięcia. Obecna kadencja przypada na okres wielu zmian systemowych. Zmienił się rząd. Zmienił się także skład osobowy resortu zdrowia. Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stara się wprowadzać w smutne meandry polskiego pielęgniarstwa - twardo domagając się realizacji postanowień jakie zapadły przy współudziale poprzedników.

Do osiągnięć, które niewątpliwie możemy zaliczyć w tej kadencji samorządu, należy opracowany pod kierownictwem Sekretarz Stamu w Ministerstwie Zdrowia, pielęgniarki Józefy Szczurek-Żelazko - dokument diagnozujący aktualną sytuację polskiego pielęgniarstwa i położnictwa pt. Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Strategia jest pierwszym dokumentem, który wyznacza główne kierunki zmian dla pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce. Zaplanowana została na 15 lat, jako dokument wieloletni i wielowymiarowy, ale rozwiązania na poziomie legislacyjnym będą uszczegóławiane zgodnie z obowiązującymi procedurami. Istotne jest, aby pierwszym etapem oczekiwanych zmian było rozważne przełożenie rekomendacji na logiczne zapisy aktów prawnych.

Jak samorząd uważamy, że dla zabezpieczenia wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej szczególne znaczenie ma liczba pielęgniarek i położnych zatrudnionych w systemie opieki zdrowotnej. W naszej ocenie przepisy dotyczące norm zatrudnienia należy jak najszybciej uzupełnić i dostosować, tak by zapewnić pacjentom należyłą opiekę oraz poprawić sytuację personelu medycznego poprzez zagwarantowanie godziwych warunków pracy pielęgniarkom i położnym.

Dlatego cieszy nas, że propozycje i kierunki działań zawarte we wspomnianym dokumencie, w szczególności dotyczące właśnie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w realizacji świadczeń gwarantowanych i projektowanych zmian w rozporządzeniach koszykowych oraz warunków pacy i wynagrodzeń naszej grupy zawodowej, zostały potraktowane priorytetowo i w chwili obecnej trwają działania związane z ich implementacją do obowiązkowego porządku prawnego.

Delegatom Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu życzę rzeczowych i sprawnie przebiegających obrad, które pozwolą przygotować założenia na najbliższą przyszłość. Znając dynamiczną działalność Izby, której Pan przewodniczy - otwartość i gotowość na zmiany - jestem przekonana, że Delegaci Państwa Izby podejmą trafne dla środowiska decyzje, sprzyjające dalszemu rozwojowi naszych zawodów. Życzę mądrych decyzji, które przyniosą satysfakcję nam wszystkim.

Z wyrazami szacunku
Prezes
Z. Malas
Zofia Malas

ZJAZD**XXXIII OKRĘGOWY SPRAWOZDAWCZY ZJAZD
PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KALISZU**

W dniu 23 marca 2018 r. w sali audiowizualnej Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. L. Perzyny w Kaliszu odbył się XXXIII Okręgowy Sprawozdawczy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

Część oficjalną Zjazdu rozpoczęto wprowadzeniem Pocztu Sztandarowego Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych oraz odśpiewaniem hymnu Pielęgniarek i Położnych.

Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu Marek Przybył powitał gości: Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych Zofię Małas, Prezes Pielęgniarek Rodzinnych Beatę Pawlak, Przewodniczącą Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Kaliszu Violetę Jachimowicz, Prezydenta Miasta Kalisza Grzegorza Sapińskiego, Pielęgniarską kadrę kierowniczą oraz Delegatów przybyłych na Zjazd.

W swoim wystąpieniu Przewodniczący ORPiP Marek Przybył zwrócił uwagę na problemy pielęgniarek i położnych.

Zaproszeni goście z Samorządu Pielęgniarek i Położnych mówili o sytuacji w polskim pielęgniarstwie. Zofia Małas, prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zapoznała zebranych z aktualną sytuacją pielęgniarek i położnych w Polsce, w tym z raportem dotyczącym zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia pielęgniarskie. Przedstawiła także obszary, które są przedmiotem strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce.

Goście podkreślali znaczenie zawodu pielęgniarki. Prezydent miasta Kalisza mówił - „wiedza, doświadczenie i tak ważna w tym zawodzie empatia często dają siłę i nadzieję na powrót do zdrowia”. Podziękował w imieniu wszystkich mieszkańców Kalisza za pomoc, opiekę i zaangażowanie w pracy.

Przewodniczący Okręgowej Rady Marek Przybył złożył gratulacje pielęgniarce Sylwii Gałęzewskej-Bijak za zajęcie drugiego miejsca w konkursie Pielęgniarka Roku 2017, który odbył się w Poznaniu.

Po części oficjalnej rozpoczęła się część merytoryczna Zjazdu.

Delegaci ze swojego grona

w głosowaniu jawnym wybrali asesorów:

Annę Siwak
Beatę Pawlak
Danutę Malujda

Komisję Mandatową w skład której weszli:

Bogumiła Doruch
Iwona Trawnik
Jolanta Jankowska

Zjazdowi przewodniczyła Małgorzata Kowańska

Delegaci wybrali Prezydium Zjazdu,
w skład którego weszły:

jako wiceprzewodniczące:

Dorota Kubiak
Jolanta Nowak

sekretarze:

Gabriela Nawrocka
Wanda Konieczna

Protokolantami Zjazdu zostały:

Bożena Czekalska
Stefania Halamunda

Wybrano Komisje Zjazdowe:

Komisja Uchwał i Wniosków:

Sławomir Zieliński
Mieczysława Kwaśniewska
Katarzyna Musiała
Grażyna Obecna

W trakcie obrad podjęto uchwałę w sprawie Regulaminu Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych.

Podczas obrad zatwierdzono sprawozdania:

Sprawozdanie Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej,
Sprawozdanie Okręgowego Sądu,
Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
Sprawozdanie z wykorzystania budżetu za 2017r.

Przeprowadzono dyskusję nad preliminarzem budżetowym na rok 2018 i podjęto uchwałę w sprawie zatwierdzenia budżetu ORPiP na 2018r.

Po przedstawieniu przez Komisję Uchwał i Wniosków złożonych przez Delegatów wniosków podjęto stosowne uchwały.

Za udział w obradach podziękowała Przewodnicząca Zjazdu i Przewodniczący Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych z siedzibą w Kaliszu.





NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Piełęgniarek i Położnych

Apel

**Prezesa Naczelnej Rady Piełęgniarek i Położnych
kierowany do Piełęgniarek i Położnych**

Szanowne Koleżanki, Szanowni Koledzy

Realizując ustawowy obowiązek w zakresie zajmowania stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia, zwracam się do Was Koleżanki i Koledzy z prośbą o informowanie rodziców i opiekunów dzieci urodzonych w latach 2013 – 2016 o możliwości skorzystania z bezpłatnych szczepień przeciwko pneumokokom.

Między 20 marca a 29 czerwca 2018 r. Ministerstwo Zdrowia będzie realizowało program bezpłatnych i dobrowolnych szczepień przeciwko pneumokokom dla dzieci do 5. roku życia, które nie podlegają obowiązkowi tych szczepień i dotychczas nie zostały zaszczepione. Warunkiem jest zakwalifikowanie dziecka do szczepienia do 20 kwietnia 2018 r. Szczepionki można będzie pobrać ze stacji sanitarno-epidemiologicznych na zasadach dotyczących realizacji programu szczepień ochronnych.

Apeluję do Was, Koleżanki i Koledzy o szeroko zakrojoną akcję informacyjną skierowaną do rodziców i opiekunów małych pacjentów o możliwości skorzystania z programu i zaszczepienia swoich dzieci.

Szczegółowe informacje o programie bezpłatnych szczepień znajdziecie Państwo w załączonym Komunikacie Ministra Zdrowia skierowanym do świadczeniodawców oraz do rodziców i opiekunów

Z góry dziękuję za zaangażowanie w działania informacyjne, dotyczące tak ważnej dla nas i dla naszych najmłodszych obywateli kwestii. Wyrażam nadzieję, że damy tym samym wyraz poparcia dla działań Ministra Zdrowia, jakimi są bezpłatne szczepienia przeciwko groźnym chorobom zakaźnym.

Prezes NRPiP

Zofia Małas

NOWOTWORY SKÓRY

CZERNIAK – GROŹNY RAK SKÓRY

Czerniak to najzłośliwszy nowotwór skóry i błon śluzowych, wywodzący się z melanocytów znamion barwnikowych lub niezmienionej skóry. Powstaje w wyniku ich nadmiernego pobudzenia na skutek ekspozycji na promieniowanie ultrafioletowe i daje wczesne przerzuty zarówno drogą naczyń chłonnych jak i krwionośnych. Czerniak jest przyczyną prawie 75% zgonów spowodowanych nowotworami złośliwymi skóry. Odsetek pacjentów chorych na czerniaka skóry wzrasta stale wśród białej populacji – od 3 do 7% rocznie – przez ostatnie 30 lat. Zwiększona liczba zachorowań bierze się z wcześniejszej wykrywalności.

Czerniak (czerniak złośliwy, łac. melanoma malignum) to wywodzący się z melanocytów nowotwór skóry, błon śluzowych lub błony naczyniowej oka. Wbrew powszechnemu przekonaniu, większość czerniaków, nawet u pacjentów z mnogimi znamionami, powstaje de novo czyli nie na podłożu wcześniej istniejącego znamienia barwnikowego, a na skórze zdrowej. Zachorowalność na czerniaka systematycznie wzrasta na całym świecie - obserwuje się coroczny wzrost zapadalności na ten nowotwór o 3-7 procent (w Polsce 2,6 procenta dla mężczyzn i 4,4 procenta dla kobiet). Częściowo jest to związane z większą wykrywalnością i świadomością społeczną, ale wiąże się to najprawdopodobniej również ze zwiększoną ekspozycją na naturalne i sztuczne promieniowanie ultrafioletowe.

U ludzi rasy białej - liczba chorych na czerniaka znacznie wzrasta, gdy miejsca zamieszkania przesuwa się w okolice równika. Odnosi się to szczególnie do białej populacji w Australii (głównie stan Queensland), gdzie notuje się najwyższy wzrost zachorowalności (ok. 40 przypadków na 100 000 mieszkańców), oraz w USA (głównie Kalifornia, Floryda, Hawaje). Wysoki wzrost zachorowań na czerniaka można zauważyć również wśród ludności żydowskiej w Izraelu (ok. 11%) i ludności białej w Nowej Zelandii (ok. 7%).

W Europie zapadalność na czerniaka skóry zmniejsza się geograficznie w kierunku południowym, co wynika z ciemniejszego koloru skóry mieszkańców basenu Morza Śródziemnego. Wśród mieszkańców północnej Europy liczba chorych na czerniaka wynosi około 6%. Większą zapadalność na czerniaka zaobserwowano również wśród ludności zamieszkującej Szwajcarię i Tyrolu.

W Polsce każdego roku na czerniaka zapada 3,5 tys. osób, przy czym około 40 procent wszystkich przypadków tego nowotworu wykrywają lekarze pierwszego kontaktu. Niestety, blisko połowa chorych umiera, ponieważ zbyt późno zgłosili się po specjalistyczną pomoc. To, w jakiej okolicy pojawia się czerniak, związane jest z wiekiem. U młodych osób zazwyczaj pojawia się on na klatce piersiowej (u mężczyzn) lub na dolnych partiach nóg (u kobiet). U ludzi starszych występuje najczęściej na twarzy. Czerniak w obrębie tułowia osiąga szczyt zapadalności w piątej i szóstej dekadzie życia, a w obrębie głowy i szyi w ósmej dekadzie.

Osoby zdrowe, poniżej 40. roku życia, które nie mają niepokojących znamion, powinny badać skórę raz na trzy lata. Starsze co roku. Jeżeli ktoś ma dużo znamion, powinien kontrolować je co trzy miesiące.

Czerniak to nowotwór, który wciąż trudno poddaje się skutecznemu leczeniu. Dlatego najważniejszą rolę w walce z nim odgrywa profilaktyka i wczesne rozpoznanie choroby skóry. Jeżeli choroba jest wcześniej rozpoznana, szanse na wyleczenie są bardzo duże. Niestety, zdarza się, że choroba powraca, co często świadczy o tym, że wyleczenie było pozorne. Groźne jest i to, że czerniaki szybko dają przerzuty. Zarówno ryzyko, jak i czas pojawienia się przerzutów czerniaka uzależnione są od grubości guza pierwotnego. Jeżeli guz ma grubość <1,5 mm, u połowy chorych dochodzi do rozwoju przerzutów w ciągu 26 miesięcy. Jeżeli grubość wynosi >4 mm, to u połowy chorych dojdzie do rozwoju przerzutów w ciągu 10 miesięcy. Najlepiej rokują czerniaki wywodzące się z plam soczewicowatych i szerzące się powierzchownie, najgorzej - guzkowe, bezbarwne oraz te, które rozwijają się w czasie ciąży i połogu.

Przyczyny: duże narażenie na promieniowanie ultrafioletowe, uprawianie wspinaczki i innych sportów w wysokich górach.

Czynniki sprzyjające wystąpieniu czerniaka:

- nadmierna ekspozycja na promieniowanie UVA i UVB zarówno słoneczne jak i sztuczne (solaria)
- duża skumulowana ekspozycja na słońce, oparzenia słoneczne w dzieciństwie i wieku młodzieńczym
- wiek i płeć - bardziej narażone są kobiety, przy czym ryzyko wzrasta z wiekiem
- jasny fenotyp skóry - jasna karnacja skóry, jasny kolor włosów i oczu, obecność piegów, łatwe uleganie oparzeniom słonecznym
- występowanie czerniaka u krewnych pierwszego i drugiego stopnia
- wcześniejsze występowanie czerniaka u tego samego chorego – około 5-10 procent osób chorych wcześniej na czerniaka zachoruje na niego ponownie
- występowanie innego nieczerniakowego nowotworu złośliwego skóry, w tym raka podstawnokomórkowego, raka kolczystokomórkowego
- zespół znamion dysplastycznych
- duża liczba znamion barwnikowych (melanocytowych) oraz dużych wrodzonych znamion barwnikowych
- skóra pergaminowa (xeroderma pigmentosum) – stukrotnie zwiększone ryzyko
- wysoki status socjoekonomiczny
- immunosupresja i przeszczepienie narządu

- jatrogenna ekspozycja na promieniowania ultrafioletowe wraz z psoralenem – fotochemioterapia (PUVA)
- prawdopodobnie promieniowanie jonizujące
- niski układ odpornościowy chorego;
- AIDS
- rozwój czerniaka może mieć związek z zakażeniami wirusami HPV oraz retrowirusami

Miejsca występowania czerniaka

Czerniak złośliwy w 90% rozwija się w skórze, ale może również atakować opony mózgu, gałkę oczną lub błony śluzowe.

Ponadto może powstawać w okolicy znamion:

- barwnikowych, głównie nieowłosionych a zwłaszcza w okolicy wrodzonego znamienia olbrzymiego
- złośliwych plam soczewicowatych
- znamienia łączącego
- znamienia mieszanego skórno-naskórkowego
- bardzo rzadko może rozwinąć się ze znamienia błękitnego

Oprócz tego czerniak może powstać de novo ze skóry niezmienionej. Duży odsetek czerniaków powstaje na podłożu znamion atypowych i zespołu znamion atypowych.

Rodzaje czerniaka

Czerniak skóry jest nowotworem o zróżnicowanym obrazie klinicznym i kilku podtypach histologicznych różniących się w sposób istotny rokowaniem

Podstawowe typy:

1 - czerniak wywodzący się ze złośliwej plamy soczewicowatej (LMM). Pierwszym objawem jest powstanie drobnych, wyczuwalnych guzków oraz pojawienie się niewielkiego nacieczenia. LMM występuje w 5-20% przypadków. Charakteryzuje się względnie łagodnym i przewlekłym przebiegiem oraz słabą dynamiką wzrostu. Najczęściej występuje u osób w starszym wieku, po 70. r.ż., szczególnie u kobiet. Lokalizuje się prawie wyłącznie na twarzy, czasem na szyi. Niekiedy może pojawić się w innych okolicach odsłoniętych, np. na grzbietowych powierzchniach dłoni i na голениach. LMM wydaje się mieć związek z przewlekłą ekspozycją na słońce.

2 - czerniak szerzący się powierzchownie (SSM). Najczęstsza postać czerniaka, stanowi 60-70% wszystkich przypadków. Swoją początek bierze ze znamion barwnikowych (w większości atypowych). Powiększenie się znamienia, zmiana jego zabarwienia oraz wystąpienie obwódki zapalnej ze skłonnością do rozpadu sugerują początek rozwoju melanoma na podłożu zmiany barwnikowej. SSM występuje głównie u osób młodych i w średnim wieku (najczęściej u kobiet) Lokalizuje się głównie na kończynach dolnych u kobiet oraz na tułowiu u mężczyzn. W obrazie klinicznym SSM przedstawia się jako lekko uniesiona, miejscami płaska zmiana szerząca się obwodowo. Na powierzchni mogą znajdować się drobne guzki. SSM charakteryzuje się nierównomierną barwą, od czarnego poprzez różne odcienie brązu aż do szaroniebieskiego. W obrębie zmiany mogą występować odbarwienia, świadczące o samoistnej regresji guza, co potwierdza jego immunogeny charakter. Rozwój SSM jest stosunkowo powolny – wielomiesięczny

lub kilkuletni. SSM, podobnie jak LMM i ALM, szerzy się początkowo głównie powierzchownie. Dopóki wykazuje tylko poziomą fazę wzrostu, rokowanie jest dobre.

3 – czerniak guzkowy (NM). Występuje w 10-30% przypadków. Rozwija się na podłożu znamion barwnikowych albo od nowa ze skóry niezmienionej. De novo może powstać aż 20% przypadków NM. Może pojawić się w każdym wieku, szczyt zachorowań przypada na 40.-60. r.ż. Są to ciemne guzki o średnicy 1-2 cm i większe, szybko powiększające się, mogące ulegać wrzodzeniu lub krwawieniu. Jest to najcięższa postać czerniaka charakteryzująca się szybkim przebiegiem: od kilku miesięcy do 2 lat. NM nie ma poziomej fazy wzrostu, od początku wykazuje wzrost wertykalny, z czego wynika jego najgorsze wśród czerniaków rokowanie (bardzo szybko nacieka głębokie warstwy skóry). Nawet w zmianach bardzo wczesnych – stopień inwazji wg Clarka jest co najmniej trzeci. Często daje przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych. Dwukrotnie częściej postać ta dotyczy mężczyzn. Ogniska umiejscawiają się głównie na: głowie, karku i tułowiu. Zmiany guzkowe są najczęściej czarne, ale mogą być też purpurowe lub czerwono-brązowe.

4 - czerniak umiejscowiony na kończynach, wywodzący się z plam soczewicowatych ALM. Postać akralna, rzadko występuje u rasy białej, stanowiąc tylko 5% przypadków melanoma. Jest to najczęstsza postać pojawiająca się wśród mieszkańców Bliskiego Wschodu i Afroamerykanów (do 90%). Występuje często wśród ludzi starszych, około 70. r.ż. Przebieg jest szybszy niż LMM i SSM, wynosi od kilku miesięcy do kilku lat (średnio 1-3 lata), wcześniej też może dawać przerzuty. Są to najczęściej zmiany mające średnicę powyżej 3 cm, często o hiperkeratotywną, wrzodziejącą powierzchnię. W rozwoju ALM dużą rolę odgrywa czynnik urazowy. Ten rodzaj czerniaka występuje głównie na podszewkach stóp i na dłoniach. Może zajmować okolice około- i podpaznokciowe stóp i dłoni – jest to szczególnie, rzadki podtyp ALM, tzw. czerniak podpaznokciowy. 3/4 przypadków umiejscawia się pod płytką paznokciową palucha lub kciuka. Szczególną uwagę zwraca brązowe lub czarne przebarwienie łożyska paznokcia, głównie w części proksymalnej, następnie przechodzące na obwód i lokalizujące się w okolicy paznokcia. Ulegając rozpadowi, czerniak podpaznokciowy powoduje zniszczenie płytki paznokciowej.

Rzadziej spotykane:

1– czerniak błon śluzowych (ALMM). Najczęściej występuje na błonach śluzowych jamy ustnej, czerwieni wargowej, pod językiem i w przełyku. Może również występować na zewnętrznych narządach płciowych, odbycie oraz cewce moczowej. Najgorzej rokują zmiany okolic odbytu i sromu – przeżycia pięcioletnie stanowią poniżej 10%.

2 – czerniak bezbarwnikowy (AMM). Jedna z najcięższych postaci czerniaka; zmiana nie zawiera barwnika lub bardzo małe jego ilości. Niewytwarzanie barwnika spowodowane jest zróżnicowaniem komórek nowotworowych, a tym samym ich większą złośliwością. Mogą to być pierwotne guzy skórne lub przerzuty.

3 – czerniak desmoplastyczny (DM). Rzadka postać, dotyczy głównie osób w wieku 40-60 lat, z przewagą kobiet. Najczęściej

występuje na głowie lub szyi. Objawia się przerostem tkanki łącznej i naciekaniem komórek nowotworowych wzdłuż nerwów, stąd też określany bywa jako czerniak neurotropowy. Obraz kliniczny odpowiada SSM, LMM i ALM, rozpoznanie ustala się na podstawie badania histopatologicznego.

4 – czerniak śródskórkowy. Zmiana ograniczona jest do naskórka. Od lentigo maligna różni się występowaniem u znacznie młodszych osób, lokalizacja nie jest ograniczona do twarzy, a rozwój tego typu czerniaka nie jest związany z posłonecznym uszkodzeniem skóry i elastozą. Klinicznie może przypominać SSM.

5 - czerniak rozwijający się w gałce. Dotyczy najczęściej błony naczyniowej (naczyniówki, tęczówki i ciała rzęskowego). Czerniak naczyniówki to najczęstszy pierwotny wewnątrzgałkowy guz osób dorosłych, występujący głównie w 6. dekadzie życia. Wyjątkowo rzadko spotykany wśród rasy czarnej. W odróżnieniu od czerniaka skóry rośnie wolno i późno daje przerzuty. Może być barwnikowy bądź bezbarwnikowy (amelanocytowy). Przerzuty mogą wystąpić po wielu latach, nawet po wcześniejszej enukleacji gałki ocznej. Większość guzów charakteryzuje powolny wzrost. Istnieją genetyczne i rodzinne predyspozycje do wystąpienia czerniaka skóry u osób z czerniakiem błony naczyniowej oka. 2% wszystkich nowotworów gałki ocznej stanowi czerniak spojówki, a sporadycznie może dojść do złośliwej transformacji znamienia barwnikowego tarczy nerwu wzrokowego.

6 - retinopatia paraneoplastyczna związana z czerniakiem skóry. Jest to choroba autoimmunologiczna o nagłym początku, objawiająca się ślepotą nocną i koncentrycznym zawężeniem pola widzenia. Kilka miesięcy lub lat po pojawieniu się czerniaka skóry powstają autoprzeciwciała skierowane przeciwko komórkom czerniaka, które reagują krzyżowo z komórkami dwubiegunowymi połączonymi z receptorami pręcikowymi siatkówki.

Diagnostyka czerniaka

Bardzo ważna we wczesnej diagnostyce czerniaka jest znajomość objawów, które mogą towarzyszyć transformacji nowotworowej melanocytów. W procesie ustalania diagnozy zastosowanie ma

reguła ABCDE ustalona przez Amerykańskie Towarzystwo Nowotworowe (American Cancer Society):

A. Asymetry – asymetria kształtu, zmiana kształtu znamienia z okrągłego na niesymetryczne,

B. Border – nieregularność brzegu zmiany, brzegi nierówne lub postrzępione,

C. Colour – niejednorodny kolor, czyli zmiana zabarwienia, np. ściemnienie, rozjaśnienie lub różne zabarwienie na jednym znamieniu,

D. Diameter – średnica powyżej 6 mm,

E. Elevation – uniesienie i nierówność powierzchni.

Siedmiopunktowy system Glasgow (szkocka grupa do spraw melanoma – Scottish Melanoma Group): ocena następujących objawów:

1- świąd;

2- średnica ponad 1 cm;

3- powiększanie się znamienia;

4- nieregularny brzeg;

5- nierównomierne zabarwienie zmiany;

6- stan zapalny;

7- krwawienie lub strup w obrębie znamienia.

Każdemu objawowi przyporządkowany jest 1 punkt. Zmiana oceniona na min. 3 i więcej punktów budzi podejrzenie czerniaka.

Rozpoznanie potwierdzają:

- badanie przedmiotowe (mikroskopia epiluminescencyjna, czyli dermatoskopia, dzięki której możliwe jest uwidocznienie głębokich struktur skóry, niewidocznych okiem nieuzbrojonym. Dzięki temu badaniu lekarz jest w stanie dziesięciokrotnie powiększyć obraz oraz dokonać analizy rozłożenia barwnika w naskórku i na granicy skóry właściwej;

- badanie dermatoskopowe może służyć również diagnostyce różnicowej zmian naczyniowych, takich jak naczyniak włósniczkowy (angioma capillare) czy ziarniniak naczyniowy (granuloma teleangiectodes), które swoim obrazem klinicznym budzą podejrzenie melanoma malignum);

- badanie histopatologiczne uzupełnione badaniami przy użyciu przeciwciał monoklonalnych: S100 (zawsze dodatnie w komórkach czerniaka, ale nie całkiem swoiste) oraz bardziej swoistych – HMB 45.

Skala Clarka czyli ocena głębokości naciekania skóry:

I – zmiany dotyczą wyłącznie naskórka,

II – zmiany przechodzą do górnych części warstwy brodawkowej,

III – zmiany zajmują całą warstwę brodawkową skóry,

IV – zajęcie warstwy siateczkowej skóry,

V – penetracja do tkanki podskórnej.

Skala Breslowa

Stopień I - głębokość naciekania $\leq 0,75$ mm

Stopień II - głębokość naciekania 0,76-1,5 mm

Stopień III - głębokość naciekania 1,51-3,99 mm

Stopień IV - głębokość naciekania ≥ 4 mm

Im większy stopień naciekania skóry tym gorsze rokowanie.

Badania dodatkowe pozwalające ocenić zaawansowanie czerniaka to:

podstawowe badania krwi (morfologia, próby wątrobowe, aktywność dehydrogenazy mleczanowej - LDH)

RTG klatki piersiowej w projekcji tylnoprzodniej i bocznej

USG jamy brzusznej

ewentualnie USG regionalnych węzłów chłonnych

Rozszerzona diagnostyka - badania KT lub PET - wykonywana jest u chorych z rozpoznaniem czerniaków skóry w stopniu III (zwłaszcza przy obecności klinicznych przerzutów do węzłów chłonnych) lub izolowanych przerzutów do narządów odległych, przy czym przy przerzutach do węzłów chłonnych pachwinowych wskazane jest wykonanie badania KT miednicy.

U chorych z przerzutami czerniaka do węzłów chłonnych lub skóry z nieznanego ogniska pierwotnego poszukuje się ewentualnej istniejącej (lub usuniętej w przeszłości bez badania histopatologicznego) zmiany pierwotnej (zwłaszcza na skórze owłosionej głowy, błonach śluzowych).

Czerniak może dawać przerzuty.

Przerzuty miejscowe
przerzuty satelitarne – występujące w skórze w bezpośrednim sąsiedztwie guza;

przerzuty tranzytowe – umiejscowione śródskórnym lub podskórnym w przebiegu odpływu naczyń chłonnych pomiędzy guzem pierwotnym a miejscowymi węzłami chłonnymi;

miejscowe przerzuty do węzłów chłonnych – zlokalizowane odpowiednio do miejsc spływu chłonki.

Przerzuty odległe

drogą naczyń limfatycznych do odległych węzłów chłonnych
drogą naczyń krwionośnych do płuc, wątroby, mózgu, kości i skóry, bardzo rzadko do trzustki i tchawicy.

Stopień zaawansowania czerniaka podaje się w klasyfikacji TNM:

T - ognisko pierwotne, czyli zmiana skórna

N - mówi o występowaniu przerzutów do węzłów chłonnych

M - określa występowanie przerzutów do odległych narządów

Poszczególne stopnie skali TNM, według której lekarze dobierają najlepszy sposób leczenia i określają rokowanie, oznaczają:

stopień 0 – carcinoma in situ, czyli postać nieprzekraczająca naskórka i nienaciekająca

stopień I – w tym stadium nie są zajęte węzły chłonne, nie ma przerzutów, a guz, jeśli jest owrzodzony, nie przekracza 1 mm grubości, zaś jeśli owrzodzenie nie występuje, wówczas nie przekracza 2 mm

stopień II – czerniak występuje tylko miejscowo; ten stopień jest podzielony na 3 podstopnie, w zależności od grubości zmiany pierwotnej:
A - zmiana z owrzodzeniem o grubości do 2 mm, a nieowrzodzona do 4 mm
B - zmiana z owrzodzeniem o grubości do 4 mm, bez owrzodzenia może być większa
C - grubość zmiany z owrzodzeniem przekracza 4 mm

stopień III - przerzuty do regionalnych węzłów chłonnych; przy czym istotne jest określenie ich liczby oraz rodzaju nacieku

stopień IV – najbardziej zaawansowane stadium choroby, w którym dochodzi do powstania przerzutów w odległych narządach, takich jak płuca czy wątroba.

Leczenie

W pierwszym etapie leczenia czerniaka jest leczenie chirurgiczne. Polega ono na radykalnym wycięciu nowotworu wraz z marginesem zdrowej skóry szerokości 1 cm dla czerniaka o grubości do 2 mm. Gdy grubość naciekania jest większa niż 2 mm, usuwa się 2-3 cm zdrowej skóry, przy czym stosowanie marginesu większego niż dwa centymetry zmniejsza odsetek wznów miejscowych, ale nie poprawia wskaźników przeżycia. Chirurg musi usunąć także powięź powierzchowną, aby mieć pewność, że nie pozostały w niej komórki nowotworowe. Jeżeli powiększone są węzły chłonne, też zostaną usunięte. Przy małych guzach nie usuwa się powięzi, dokonuje się tylko oceny węzła wartowniczego, czyli pierwszego, który znajduje się na drodze naczyń chłonnych biegnących od strony guza w stronę regionalnego układu chłonnego. Kolejnym etapem operacji jest zamknięcie powstałej rany. Jeżeli chirurg musiał

usunąć dużo skóry, konieczny jest przeszczep skóry, którą zwykle pobiera się z uda.

Przy zaawansowanej postaci – gdy czerniak przekroczył barierę skórno-naskórkową i przedostał się do węzłów chłonnych lub innych narządów (czerniak rozsiany) – oprócz zabiegu chirurgicznego konieczne jest leczenie wspomagające. W zależności od stanu pacjenta stosuje się chemio-, immuno- lub radioterapię. Ostatnie lata przyniosły przełom w leczeniu czerniaków. Przyczynkiem do tego było odkrycie zależności między mutacją genu BRAF a postępem czerniaka. Wiedza na ten temat pozwoliła rozwinąć leczenie ukierunkowane molekularnie, które polega na blokowaniu nieprawidłowego białka kodowanego przez zmutowany gen BRAF. Gen ten występuje u ponad połowy chorych na czerniaka. Działanie nowego leku (wemu-rafenib) polega na tym, że zamyka on drzwi do komórek nowotworowych – nie mogą się one odżywiać i dochodzi do ich zaprogramowanej śmierci. Dzięki temu guz się nie powiększa. Terapia jest skuteczna u 90 proc. chorych.

Chemioterapia perfuzyjna

Izolowana kończynowa chemioterapia perfuzyjna jest stosowana, gdy doszło do przerzutów do skóry lub tkanki podskórnej, ale w odległości większej niż 2 cm od brzegu guza pierwotnego. Terapia polega na podawaniu dużych dawek leków przeciwnowotworowych do kończyny odizolowanej od krążenia systemowego. Następnie kończynę ogrzewa się do 41-42°C, co pozwala niszczyć komórki nowotworowe. Perfuzja izolowana przynosi dobre efekty w przypadku licznych nawrotów lub przerzutów w obrębie kończyn, szczególnie przy przerzutach do węzłów chłonnych pachowych i pachwinowych.

Radioterapia

Radioterapię wykorzystuje się do leczenia czerniaków, jeżeli chory nie może być poddany operacji (lub nie zgadza się na nią) i jako leczenie miejscowe, kiedy nie ma możliwości przeprowadzenia radykalnej operacji. Radioterapia jest także stosowana jako leczenie uzupełniające po operacji, gdy zachodzi podejrzenie, że – z powodów technicznych – nie usunięto całości guza. Jest też metodą leczenia paliatywnego, gdy doszło do przerzutów do kości. W przypadku czerniaka gałki ocznej radioterapia jest leczeniem uzupełniającym.

Chemioterapia

Skojarzone leczenie immunosupresyjne dakarbazyną w połączeniu z innymi lekami (bleomycyną, winkrystyną, lomustyną), mające na celu oddziaływanie na rozmaite fazy rozwojowe komórki nowotworowej, stosuje się przy zmianach bardzo rozległych i przy przerzutach. Z powodu braku istotnych różnic w statystyce długoletnich przeżyć agresywna polichemioterapia w wielu ośrodkach zastępowana jest lepiej tolerowaną monochemioterapią dakarbazyną przy leczeniu przerzutów. Temozolamid jest lekiem nowszej generacji, chemicznie podobnym do dakarbazyny i o porównywalnej sile działania. Przewyższa dakarbazynę zdolnością przenikania do ośrodkowego układu nerwowego oraz dobrą wchłanianością po doustnym podaniu. Rozważa się możliwość skojarzonego leczenia temozolamidem z interferonami i innymi lekami.

Terapia celowana

Terapia celowana budzi wielkie nadzieje wśród chorych z przerzutami i samych lekarzy. Nowoczesne leki działają na wiele sposobów. Mogą neutralizować zmutowane białko BRAF i zatrzymać tym samym wzrost komórek nowotworowych. Mogą też zatrzymać chorobę wynikającą z mutacji genu C-kit, hamując jego białka przekazujące sygnały do wzrostu komórek. We współczesnej onkologii możliwe jest także łączenie leków nowych z tymi z powodzeniem stosowanymi w innych rodzajach nowotworów i uzyskanie efektu dwustopniowego uderzenia. Taki koktajl pobudza własne komórki odpornościowe, które aktywnie walczą z rakiem i jednocześnie niszczą już istniejące komórki rakowe.

Uwaga! Immunoterapia, zwłaszcza z wykorzystaniem biomodulatorów takich jak interferon, nawet w skojarzeniu z chemioterapią nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Podobnie jest ze szczepionkami, które nie okazały się skuteczną bronią w walce z czerniakiem.

Rokowanie

Rokowanie w czerniaku co do przebiegu klinicznego i nawrotu oraz szanse przeżycia chorych można dość precyzyjnie ustalić na podstawie wskaźników histopatologicznych i klinicznych. Określenie stopnia zaawansowania choroby oraz rokowania dotyczy guza pierwotnego, przerzutów lokoregionalnych oraz przerzutów odległych.

Do najważniejszych czynników rokowniczych u chorych z czerniakiem w okresie wzrostu miejscowego (I i II stopień zaawansowania klinicznego) należą: grubość guza pierwotnego wyrażona w milimetrach (skala Breslowa) oraz obecność lub brak na jego powierzchni mikroowrządzenia, które wykazują silną ujemną korelację z odsetkiem przeżyć 5-letnich. Grubość nacieku w skali Breslowa jest mierzona od warstwy ziarnistej naskórka lub dna owrządzenia do najgłębiej położonych komórek nowotworowych. Im mniejsza grubość w chwili ustalenia rozpoznania i leczenia chirurgicznego tym dłuższy przewidywany okres przeżycia. Dodatkowe znaczenie w przypadku zmian o grubości nie przekraczającej 1 milimetra (tzw. cienkie czerniaki) ma poziom naciekania warstw skóry wg Clarka.

Ważnym czynnikiem prognostycznym jest charakterystyka i dynamika wzrostu guza odmienna dla poszczególnych typów histogenetycznych czerniaka. Odmiany SSM, LMM i AML wykazują początkowo wzrost radialny (poziomy), nawet przez kilka lat nie przekraczając granicy skórno-naskórkowej, a dopiero w późniejszym okresie naciekają do skóry właściwej (wzrost wertykalny). Istotny jest fakt, że w fazie wzrostu poziomego zwykle nie dochodzi do rozsiewu choroby i możliwe jest wyleczenie chorego. Natomiast w fazie wzrostu wertykalnego (pionowego) guz przyrasta na grubość, dochodzi do naciekania głębszych warstw skóry właściwej i następuje rozsiew komórek nowotworowych drogą naczyń limfatycznych i krwionośnych do węzłów chłonnych i narządów wewnętrznych. Ten typ wzrostu charakteryzuje niemal od początku czerniaka guzkowego (NM). Taka klasyfikacja czerniaków skóry, oparta na koncepcji progresji nacieku guza, ma istotne znaczenie rokownicze i stosowana jest przede wszystkim przez onkologów.

Zależność rokowania od umiejscowienia zmiany pierwotnej dotyczy przede wszystkim chorych w II stopniu zaawansowania klinicznego. Najkrótsze przeżycia obserwuje się wśród pacjentów z czerniakami owłosionej skóry głowy (mediana przeżycia ok. 25 miesięcy), szyi i klatki piersiowej, co uwarunkowane jest układem spływu chłonnego oraz bogatą siecią naczyń krwionośnych. Złym rokowaniem charakteryzują się czerniaki umiejscowione w miejscach „nietypowych”, przede wszystkim na błonach śluzowych jamy ustnej i narządów moczowo-płciowych – odsetki przeżyć 5-letnich sięgają średnio około 5%. Guzy o takiej lokalizacji rozpoznaje się zwykle w zaawansowanym stadium, ponieważ objawy są lekceważone zarówno przez pacjentów jak i lekarzy. U 50% pacjentów już w czasie pierwszej wizyty stwierdza się obecność przerzutów w regionalnych węzłach chłonnych, a u 20% w narządach wewnętrznych. Ponadto, w przypadku czerniaków błon śluzowych klasyczne parametry prognostyczne, tj. grubość guza pierwotnego, poziom naciekania wg Clarka oraz obecność owrządzenia nie mają istotnego znaczenia rokowniczego. Znamienne pogorszenie rokowania stwierdzono dla 3 parametrów: polimorfizmu komórkowego, inwazji naczyniowej i obecności martwicy w obrębie guza.

Drugą ważną cechą o znaczeniu prognostycznym jest stan regionalnych węzłów chłonnych, które są pierwszym miejscem przerzutowania czerniaka u 50-60% chorych.

Czerniak ma wyjątkowo dużą zdolność do przerzutowania zarówno drogą naczyń chłonnych jak i krwionośnych (węzły chłonne, tkanka podskórna, narządy wewnętrzne) oraz przez bezpośrednie naciekanie sąsiadujących tkanek. Swoiste dla czerniaka są przerzuty do skóry i tkanki podskórnej – tzw. guzki satelitarne (w odległości do 2 cm od pierwotnego ogniska czerniaka skóry) oraz przerzuty *in-transit* (w odległości ponad 2 cm od ogniska pierwotnego wzdłuż przebiegu naczyń chłonnych). Przerzuty odległe najczęściej lokalizują się w płucach, CUN (tkanka nerwowa, opony mózgowie, spłoty naczyniówkowe, przewód słuchowy wewnętrzny), przewodzie pokarmowym (jelita, żołądek, przełyk), wątrobie i kościach.

Około 80% przerzutów ujawnia się w ciągu pierwszych 3 lat, ale mogą one powstawać nawet po upływie 10-30 lat od usunięcia ogniska pierwotnego.

Ryzyko pojawienia się przerzutów lokoregionalnych (III stopień zaawansowania klinicznego) rośnie wraz z każdym milimetrem głębokości naciekania guza pierwotnego i obecnością mikroowrządzenia na jego powierzchni. Najczęściej i najwcześniej zmiany przerzutowe w węzłach chłonnych pojawiają się w czerniakach guzkowych, najrzadziej w przypadku LMM

Zapobieganie

Należy unikać ekspozycji na światło słoneczne, zwłaszcza w dzieciństwie, połączonej z opalaniem i poparzeniem słonecznym.

- Wskazane jest noszenie ochronnych ubrań, okularów przeciwsłonecznych, kapeluszy z szerokimi rondami oraz unikanie słońca w czasie jego najsilniejszego działania – pomiędzy godz. 11.00 a 15.00.

- Zaleca się regularne stosowanie kremów z filtrami przeciwsłonecznymi. Filtry - są substancjami fizycznymi, które odbijają, i chemicznymi, które absorbują promieniowanie

ultrafioletowe, zmniejszając jego ilość docierającą do skóry. Osłabiają w ten sposób szkodliwy wpływ promieniowania UV na komórki skóry. Należy podkreślić, że stosowanie filtrów nie zapobiega całkowicie posłonecznym uszkodzeniom tkanek. Paradoksalnie wręcz liczne badania wskazują, że stosowanie filtrów przeciwsłonecznych jest powiązane z wyższym ryzykiem wystąpienia czerniaka i nieczerniakowych raków skóry. Filtry opóźniają bowiem wystąpienie rumienia i objawów oparzenia skóry, zachęcając do przedłużonej i niekontrolowanej ekspozycji na słońce. Dają więc często złudne poczucie bezpieczeństwa. Pomimo umiejętnego stosowania filtrów, nawet kilkukrotnego w czasie przebywania na słońcu, należy jak najbardziej ograniczyć czas ekspozycji na UV. Jest to jedyny skuteczny, jak do tej pory, sposób zapobiegania rozwojowi czerniaka.

Opracowała J. Soińska na podstawie piśmiennictwa:

A. Kaszub, Z. Adamski, Czerniak. Dermatologia. Poradnik lekarza praktyka; Wydawnictwo Czelej
WWW.medonet.pl

Agnieszka Paculanka Czerniak: przyczyny, objawy, leczenie, www.poradnikzdrowie.pl/

Małgorzata Michalska-Jakubus, Tomasz Jakubus, Dorota Krasowska: Czerniak – epidemiologia, etiopatogeneza i rokowanie, Borgis - Medycyna Rodzinna 2/2006, s. 45-53

Anna Jarosz: Czerniak – objawy, leczenie.

WWW.medonet.pl

ZACHOWANIA AGRESYWNE

POBUDZENIE I AGRESJA PACJENTÓW WOBEC PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO - POSTĘPOWANIE

W wielu placówkach ochrony zdrowia dochodzi do licznych zachowań agresywnych ze strony pacjentów wobec personelu. Mają one różnoraki charakter: od gestów niechęci, wyrażania złości, gniewnych słów, nawet przez zniewagi i obelgi, aż do fizycznych ataków. Nie są to bynajmniej rzadkie zdarzenia.

Pobudzenie jest stanem psychicznego podniecenia i wzmożonej aktywności pacjent, która wiąże się z zwiększonym napędem psychoruchowym, napięciem emocjonalnym i ograniczeniem lub brakiem kontroli impulsów. Pobudzenie wymaga opanowania, gdyż zwykle prowadzi do zachowań agresywnych i aktów przemocy. Jego przyczynami mogą być: zaburzenia psychiczne, zły stan somatyczny, używanie substancji psychoaktywnych lub ich odstawienie. Pobudzenie pacjenta jest stanem nagłym, który zwykle kończy się agresją (słowną, fizyczną) w stosunku do otoczenia lub autoagresją.

Agresja jest formą zachowania ukierunkowaną niezadowolone czy gniew na siebie (autoagresja), inne osoby (agresja słowna lub fizyczna) lub przedmioty z otoczenia. Nie należy utożsamiać agresji z Natomiast **agresywność** jest cechą osobowości przejawiającą się stałą gotowością do reagowania agresją w odpowiedzi na wywołujące ją bodźce. Wrogość z kolei oznacza negatywną, uogólnioną postawę wobec innych ludzi ze skłonnością do negatywnych ocen, uogólnionego gniewu i podejrzliwości w stosunku do społeczeństwa.

Psychiatrzy nagłe zachowania agresywne określa także jako zaburzenia kontroli impulsów czy zaburzenia dysforyczne. Stany dysforyczne są formą uzewnętrznienia przeżywanych nieadekwatnie do sytuacji negatywnych emocji, takich jak gniew, złość czy wściekłość, a formą ich ekspresji jest agresja słowna i/lub fizyczna. Stanom dysforycznym towarzyszy najczęściej ograniczenie krytycyzmu i zdolności do samokontroli.

Zaburzenia kontroli impulsów są definiowane jako niemożność powstrzymania impulsu, popędu lub żądzy popełnienia czynu szkodliwego dla innych lub siebie samego. Występują w przebiegu różnych zaburzeń psychicznych, zwłaszcza zaburzeń osobowości.

Zachowania agresywne należą do najbardziej charakterystycznych stanów nagłych i występują w określonych sytuacjach. Wśród nich należy wymienić zespoły maniackalny i paranooidalny, katatonię hiperkinetyczną, okoliczności związane z nadużywaniem alkoholu, leków lub uzależnieniem, zaburzenia osobowości charakterystyczne dla osobowości antyspołecznej czy niestabilnej emocjonalnie, zespoły organiczne z ostrymi zaburzeniami świadomości, a także bardzo wysoki poziom frustracji wynikający np. z długiego oczekiwania na pomoc w izbie przyjęć.

Pracownik służby zdrowia, a pacjent agresywny

Pielęgniarka styka się z agresją pacjenta stosunkowo często i ma to miejsce nie tylko na oddziałach psychiatrycznych.

Zaburzenia psychiczne mogą bowiem być wywołane zmianami biologicznymi, społecznymi, psychicznymi, genetycznymi. W związku z tym do zachowań agresywnych może dojść w przebiegu różnych chorób, np. na oddziałach zakaźnych na podłożu infekcyjnym OUN, internistycznych z powodu zaburzeń metabolicznych i zatruc, neurochirurgicznych z przyczyn pourazowych, naczyniowych, nowotworowych itp.

Czynniki wywołujące agresję

Człowiek wykazuje zachowania agresywne w reakcji na:

poważne rozczarowanie
stres o dużym natężeniu
ograniczenia
upokorzenie

Medyczną przyczyną agresji jest często:

ból
niektóre leki

Pracownicy w różnych placówkach ochrony zdrowia, spotykają się z aktami agresji ze strony pacjentów. Skala tego zjawiska w Polsce i na całym świecie, udokumentowana badaniami jest bardzo duża. Temat ten, w wielu instytucjach służby zdrowia jest tematem tabu, a pracownikom służby zdrowia, często wydaje się, że przejawy agresji wystawiają złe świadectwo nie tyle samym pacjentom, ile raczej personelowi, który nie potrafi wyhamować tego rodzaju zachowań.

Najczęstsze przejawy agresji ze strony pacjentów

Niecenzuralne zwroty

Straszenie:

wniesieniem skargi do przełożonych

zwolnieniem z pracy

użyciem swoich wpływów

zemstą

Krzyk

Przemoc fizyczna

Uderzenia w twarz

Uderzenia w ręce, wykręcanie rąk

Kopanie

Szarpanie za ubranie

Ciągnięcie za włosy

Plucie

Drapanie

Rzucanie różnymi przedmiotami

stojakami do kroplówek

kubkami

szklankami

krzesłami

zapalonym papierosem

butelką

Agresja, może przybierać również postać bierną, czyli różnego rodzaju zaniechań, np. nieodpowiadanie na pytania pielęgniarki

Przejawy agresji, obserwowane są również na forum internetowym, są to obraźliwe wpisy często nie zgodne z prawdą.

Sytuacje w których dochodzi do zachowań agresywnych

Wykonywanie zabiegów leczniczych

Iniekcje

Podawanie leków

Pobieranie krwi

Zabiegi pielęgnacyjne

Kąpiel

Przyjęcia do szpitala

Personel każdej jednostki opieki medycznej powinien być przeszkolony w zasadach postępowania z pacjentem pobudzonym, tak by działania podjęte przez jego członków były spójne i

harmonijne, a nie chaotyczne i wzajemnie się wykluczające. Jest więc uzasadnione, aby personel pielęgniarski znał zasady postępowania z pacjentem agresywnym. Sprawą zasadniczą jest zainteresowanie się chorym; absolutnie nie można pacjenta lekceważyć, licząc, że agresja minie. W sytuacjach rodzących zagrożenie należy natychmiast podjąć kroki zmierzające do przeciwdziałania ich negatywnym skutkom.

Należy zacząć od przedstawienia się, mówić wolno, śmiało i wystarczająco głośno, starać się nawiązać rozmowę, a jednocześnie rozluźnić pacjenta słowami i językiem ciała.

O agresji trzeba mówić w sposób jasny i otwarty; pielęgniarka lub inna osoba podejmująca interwencję powinna zapewnić gotowości do świadczenia wszelkiej pomocy w opanowaniu impulsów agresywnych i odzyskaniu kontroli nad samym sobą.

Jest to ważne w sytuacji dużego nasilenia destrukcyjnych zachowań, kiedy chory sam jest przerażony ujawnieniem się agresji ukrytej w podświadomości.

Nie należy się spieszyć, ale dać choremu czas na uspokojenie i przestrzegać podstawowych zasad bezpieczeństwa.

Pobudzenie pacjenta wywołane poważnym stanem somatycznym zagrażającym jego życiu jest w większości przypadków krótkotrwałe, gdyż stan chorego gwałtownie się pogarsza, a zachowania impulsywne są chaotyczne, więc pacjent nie może zwykle wyrządzić osobie drugiej większej krzywdy. Należy jak najszybciej uspokoić chorego oraz podjąć działania diagnostyczne i terapeutyczne związane z jego stanem somatycznym. W każdym innym przypadku pobudzenia i zachowań agresywnych należy pamiętać o kilku podstawowych zasadach postępowania.

Jeśli osoba pobudzona i zachowująca się agresywnie nie jest w stanie somatycznym zagrażającym życiu, należy przede wszystkim podjąć działania zapewniające bezpieczeństwo personelu i własne oraz innych pacjentów:

uniknąć przebywania z osobą agresywną w zamkniętym pomieszczeniu;

uniknąć zbliżania się na bliską odległość - wyciągniętych ramion;

jak najszybciej powiadomić pozostałych członków personelu o zagrożeniu i wezwać pomoc;

ograniczyć pacjentowi dostęp do niebezpiecznych przedmiotów - naczynia szklane, sztucce, strzykawki, nożyczki itd.);

Do technik słownych i bezsłownych przeciwdziałających pobudzeniu i agresji należą:

nieprzejawianie konfrontacyjnych zachowań, unikanie sporów, zachowań prowokacyjnych;

zachowanie spokoju i opanowania, ale bez okazywania strachu;

mówienie łagodnym, spokojnym tonem;

przedstawienie się - brak anonimowości obniża napięcie;

przekonanie pacjenta o chęci działania na rzecz zapewnienia bezpieczeństwa wszystkim obecnym;

zadeklarowanie o chęci pomocy, a jednocześnie niedopuszczenia do zachowań agresywnych;

starania o odroczenie zachowań zagrażających poprzez nawiązanie kontaktu z pacjentem agresywnym;

ukierunkowanie agresji fizycznej na przedmiot bądź dopuszczenie do słownej ekspresji agresji redukującej napięcie i obniżającej ryzyko agresji fizycznej;

zapropinowanie na przykład rozmowy, dostępu do telefonu w celu odwrócenia uwagi pacjenta i rozładowania jego napięcia.

W związku z zachowaniami agresywnymi chorego konieczne może być mechaniczne zabezpieczenie pacjenta lub zastosowanie innych środków przymusu bezpośredniego. Są to działania, które umożliwiają dalsze postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne wobec pobudzonej osoby. Zasady ich stosowania reguluje jasno Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego (UOZP) z 1994 roku z późniejszymi poprawkami. Artykuł 18 Ustawy mówi o warunkach użycia przymusu bezpośredniego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi, który można stosować tylko wtedy, gdy osoby te:

dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu;

dopuszczają się zamachu przeciw życiu lub zdrowiu innej osoby;

dopuszczają się zamachu wobec bezpieczeństwa powszechnego;

w gwałtowny sposób niszczą lub uszkadzają przedmioty znajdujące się w ich otoczeniu;

poważnie zakłócają lub uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznej opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Przed zastosowaniem środków przymusu bezpośredniego należy o tej decyzji zawiadomić osobę, wobec której mają one być podjęte. Zastosowanie przymusu bezpośredniego polega na przytrzymywaniu, przymusowym zastosowaniu leków, unieruchomieniu lub izolacji. Może on trwać jedynie do czasu ustąpienia powodów zabezpieczenia. Lekarz jest zobowiązany do osobistego zlecenia przymusu, nadzoru jego wykonania oraz odnotowania tego w dokumentacji medycznej, natomiast personel średni, sanitariusze mają obowiązek zastosowania się do wskazówek lekarza. Możliwa jest pomoc członków ochrony, jeśli jest to ujęte w regulaminie szpitala. Pogotowie ratunkowe, policja oraz straż pożarna są zobowiązane do udzielania lekarzowi pomocy na jego żądanie. Szczegóły stosowania przymusu określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2012 roku.

Po zabezpieczeniu mechanicznym, najczęściej pasami skózanymi, kończyn górnych, górnych i dolnych lub założeniu kaftanu bezpieczeństwa konieczne jest sprawdzanie przez pielęgniarki co 15 minut stanu psychofizycznego chorego i odnotowywanie tego w odpowiedniej karcie zastosowania unieruchomienia lub izolacji. Obowiązuje ścisły nadzór. Zabezpieczenie nie może trwać dłużej niż 4 godziny, ale może być przedłużone ponownie przez lekarza po wykonaniu badania chorego o kolejne okresy 6-godzinne. Nie rzadziej niż co 4 godziny pielęgniarka powinna na krótko uwolnić pacjenta, aby umożliwić mu zmianę położenia ciała lub zaspokojenie potrzeb fizjologicznych.

Jeżeli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, o zastosowaniu przymusu bezpośredniego w formie

unieruchomienia lub izolacji decyduje i nadzoruje osobiście jego wykonanie pielęgniarka, zawiadamiając o tym niezwłocznie lekarza.

W szpitalu psychiatrycznym niezwłocznie po otrzymaniu informacji, o której mowa w ust. 2, lekarz po osobistym badaniu osoby z zaburzeniami psychicznymi zatwierdza zastosowanie przymusu bezpośredniego zleconego przez pielęgniarkę albo nakazuje zaprzestanie jego stosowania.

Po upływie 24 godzin stosowania przymusu bezpośredniego w formie unieruchomienia lub izolacji w przypadku, o którym mowa w ust. 5, lekarz powiadamia również ordynatora (lekarza kierującego oddziałem albo jednostką lub komórką organizacyjną, w której zastosowano przymus bezpośredni).

Leczenie farmakologiczne

Pamiętajmy, że efekt podania leków jest odroczony w czasie - od kilku do kilkunastu minut od podania. Przy wyborze leku należy się kierować aktualnym stanem psychosomatycznym pacjenta, dotychczasowym przebiegiem choroby i schorzeniami współistniejącymi, stosowanymi wcześniej lekami i tego typu czynnikami. Jeśli sytuacja na to pozwala, należy pobudzonemu pacjentowi zaproponować doustne przyjęcie leku — okazanie szacunku i włączenie chorego w proces decyzyjny może zredukować napięcie. Zastosowanie formy pozajelitowej zapewnia z kolei szybszy efekt działania leku. Przy występowaniu pobudzenia u osoby cierpiącej na zaburzenie psychotyczne lekiem z wyboru jest neuroleptyk, natomiast w przypadku pobudzenia niepsychotycznego — lek uspokajający z grupy benzodiazepin. Najskuteczniejszym i najpowszechniej stosowanym lekiem neuroleptycznym jest haloperidol, dostępny zarówno w tabletkach, kroplach, jak i ampułkach do iniekcji domięśniowych. W uzasadnionych przypadkach może być podawany także dożylnie.

Właściwa komunikacja

W różnych sytuacjach sposób komunikowania się może wzmacniać agresję lub jej zapobiegać. Gdy personel jest przeświadczony o konieczności rygorystycznego reagowania na każdy sprzeciw pacjenta, braku pożytku z dialogu, zachowywania milczenia, gdy padają pytania i pretensje, to takie zachowania, podszyte irytacją i lekceważeniem, mogą spotkać się z podobnymi lub mocniejszymi reakcjami. Dochodzi do sprzężenia zwrotnego - pacjent reaguje agresywnie, personel reaguje zwrotnie agresywnie, pacjent w odpowiedzi wzmaga agresję. Odpowiedzią na to bywa hamowanie własnej złości, ograniczanie się, przymuszanie się do uprzejmości, a nawet uleganie agresywnym żądaniom. Jednak nie zawsze daje to rezultaty, jeśli chodzi o zachowanie pacjenta, a w personelu rodzi poczucie rezygnacji, niezgody, bezsilności. Jeśli personel zaniecha ustalania granic w sposób stanowczy, sprawiedliwy i empatyczny, pacjenci zaczną sprawdzać, jak daleko mogą się posunąć. Może wtedy dojść do eskalacji agresji, np. w postaci nowych żądań.

Najczęściej pracownikom służby zdrowia doskwierają takie zachowania pacjentów, w których agresja nie jest tak nasiloną jak w przypadku napaści fizycznej, ale przybiera postać pre-

tenjsi, oskarżeń, gniewnych, obwiniających uwag czy żądań. Wystawia to na próbę ich cierpliwość, uprzejmość i zdolność empatycznego zrozumienia. Jedną z podstawowych, zgubnych niestety, strategii stosowanych w takich sytuacjach jest poczuwanie się do odpowiedzialności za cudze emocje, czego nieuchronnym efektem jest obwinianie osoby, która się nimi dzieli. Przykład? „Ile jeszcze można czekać na lekarza?! Dlaczego go jeszcze nie ma?!” – zwraca się poirytowany pacjent do pielęgniarki (lekarz rzeczywiście powinien już być). Jeśli weźmie ona w obronę lekarza (ciągle nieobecnego i nie wiadomo, czy potrzebującego obrony) i wda się w dyskusję, podważając znaczenie irytacji pacjenta, zapewne wywoła u niego wzrost złości. Dlaczego? Być może czuje się odpowiedzialna za działanie swojej instytucji albo „winna”, że pacjent się irytuje, bo sama też uważa, że lekarz powinien już być. Odczuwany dyskomfort można wyrazić, empatyzując z pacjentem: „Rzeczywiście powinien już być. Nie wiem, dlaczego go nie ma. Rozumiem Pana niepokój”. Empatia nie obejmuje sposobu wyrażania irytacji przez pacjenta, tylko jego emocje. Można też – ku swojej zgubie – przenieść dyskomfort na chorego i poczuć złość do niego, wyrażoną właśnie we wspomnianej wcześniej „dyskusji”, niejednokrotnie negując lub krytykując emocje pacjenta: „Nic takiego się nie dzieje, a Pan robi scenę. Trochę cierpliwości!”. Negatywna ocena, pouczanie, wyższościowy ton skutkują zazwyczaj wzrostem irytacji – teraz już skierowanej naprawdę do pielęgniarki.

Podsumowanie

W czasie wykonywanej pracy pielęgniarki spotykają się z agresywnymi zachowaniami nie tylko ze strony chorych, lecz także członków ich rodzin, a nawet innych osób z grona personelu medycznego. Dlatego warto znać zarówno uregulowania prawne wszelkich okoliczności związanych z pojawianiem się w toku pracy zachowań agresywnych u pacjentów, jak i orientować się w sposobach realizowania ich we własnym miejscu zatrudnienia oraz umieć korzystać z nich w razie potrzeby. Niestety, praktyka często nie nadąża za rzeczywistymi niebezpiecznymi sytuacjami. Powszechne jest bagatelizowanie niepokojących incydentów, jak również przemilczanie ich w raportach z dnia pracy, tak jakby stanowiły prywatną sprawę pracownika, a nie fakty związane z funkcjonowaniem danej placówki.

Może to rodzić przekonanie, że konfrontacja z ryzykownymi zdarzeniami jest indywidualnym zadaniem personelu. W związku z tym niezbędne są standardy, procedury postępowania w stosunku do pacjentów agresywnych fizycznie – i to nie tylko na oddziałach psychiatrycznych.

W razie wysokiego poziomu ryzyka fizycznej agresji personel powinien działać według wcześniej opracowanych i przeciwczoonych procedur tak, by nie trzeba było tracić czasu na rozważania nad sposobem postępowania w każdej konkretnej sytuacji.

Niezwykle ważne jest każdorazowe przekazywanie informacji i konsultowanie się w sprawach potencjalnie agresywnych pacjentów oraz odnotowywanie w dokumentacji aktów przemocy, tak by nie tylko obecnie opiekujący się personel, ale i ewentualni przyszli leczący mogli zachować się prewencyjnie.

Wnioski stanowią materiał do działań profilaktycznych, z którymi zapoznaje się każdy pracownik, na przykład w formie szkolenia na temat postępowania w sytuacjach kontaktu z osobą pobudzoną, gniewną itp. Niezwykle istotne jest zaangażowanie przełożonych w analizowanie takich sytuacji, profilaktykę i wspieranie poszkodowanych pracowników.

Pozwala to zmniejszyć przykre przeżycia, podnieść poczucie bezpieczeństwa w zespole i zarazem poczucie identyfikacji z miejscem pracy.

Uwarunkowania prawne

Art. 24 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, mówi o ochronie prawnej pielęgniarek i położnych: „Pielęgniarsce i położnej wykonującej zawód na podstawie umowy o pracę (...) przysługuje ochrona prawna przewidziana dla funkcjonariuszy publicznych”.

Naruszenie nietykalności funkcjonariusza publicznego jest ścigane z urzędu i za popełnienie takiego czynu grozi kara grzywny, ograniczenia wolności, albo pozbawienia wolności do lat 3 (art. 222 § 1 kodeksu karnego). Jednakże, istotne jest również zachowanie lekarza i personelu medycznego, gdyż jeśli zachowanie pacjenta było wywołane przez niewłaściwe postępowanie lekarza lub przybranej mu osoby do pomocy, to może skutkować to odmienną oceną prawną.

Monitorowanie Agresji w Ochronie Zdrowia

System „Monitorowanie agresji w ochronie zdrowia” (MAWOZ) został utworzony przez Naczelną Izbę Lekarską i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w celu umożliwienia lekarzom i pielęgniarkom zgłaszania przypadków agresji w miejscach pracy.

Wypełnienie zgłoszenia zajmuje 5-7 minut. Aby zgłoszenia były bardziej wiarygodne, mogą ich dokonywać jedynie osoby posiadające prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej.

Opracowała J. Soińska na podstawie piśmiennictwa:

- Damian Czarnecki, Krzysztof Opozda:
Stany nagłe w psychiatrii. Opis postępowania pielęgniarskiego,
Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 1/2 (2007-01-15) strona 36
Joanna Rymaszevska:
Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym. Psychiatria
w Praktyce Klinicznej. VIA MEDICA 2008, tom 1, nr 2.
www.psychiatria.viamedica.pl
Jadwiga Piątek: Agresywni pacjenci – jak sobie poradzić,
www.medycyna.pzwl.pl
Agresja w służbie zdrowia, www.mailgrupowy.pl
Dz.U.12.740 → z dnia 29 czerwca 2012
r. ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾ z dnia 28 czerwca
2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania
przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego
zastosowania Ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia
psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375)

KONDOLENCJE

Wyrazy współczucia dla

Mieczysława Kordka

z powodu śmierci Ojca

składa Kierownik ds. pielęgniarek Wanda Olesińska oraz
Pielęgniarki Oddziału Wewnętrznego i Chirurgicznego
Szpitala Powiatowego w Jarocinie

Wyrazy współczucia dla

Pawła Grodzkiego

z powodu śmierci Mamy

składa Kierownik ds. pielęgniarek Wanda Olesińska oraz
Pielęgniarki Oddziału Wewnętrznego i Chirurgicznego
Szpitala Powiatowego w Jarocinie

Wyrazy współczucia dla

Ewy Ludwiczak

z powodu śmierci Męża

składa Kierownik ds. pielęgniarek Wanda Olesińska oraz
Szpitalny Oddział Ratunkowy i Zespoły Ratownictwa
Medycznego Szpitala Powiatowego w Jarocinie

Wyrazy współczucia

Heniowi Chwaliszewskiemu

z powodu śmierci Mamy

składa Kierownik ds. pielęgniarek Wanda Olesińska,
pracownicy Oddziału Wewnętrznego oraz Pielęgniarki
i Położne Szpitala Powiatowego w Jarocinie

Ze smutkiem informujemy, że odeszła od nas

Emilia Grodzka

emerytowana Pielęgniarka

Rodzinie wyrazy współczucia składają Pielęgniarki i Położne z Rejonu Jarocina

składają Pielęgniarki z Oddziału Chirurgicznego szpitala w Jarocinie

"Ludzie odchodzą, ale wspomnienia o nich pozostają"
Ze smutkiem informujemy, że odeszła z grona pielęgniarek

Anita Barciszewska z domu Głubisz

były pracownik Oddziału Chirurgii Ogólnej w Ostrowie Wielkopolskim

z żalem żegnają koleżankę, koleżanki
i koledzy Chirurgii Ogólnej w Ostrowie

Wyrazy współczucia dla męża, dzieci i rodziców

z powodu śmierci

Anity Barciszewskiej

składają
pracownicy Oddziału Chirurgii Ogólnej w Ostrowie

Serdeczne wyrazy współczucia Koleżance

Halinie Zawadzkiej

z powodu śmierci Mamy

składają pielęgniarki środowiskowe
z Grabowa, Kraszewic, Kuźnicy Grabowskiej,
Doruchowa i Ostrzeszowa

Wyrazy głębokiego współczucia dla

Małgorzaty Misztal

z powodu śmierci Mamy

KONKURS**XIII OGÓLNOPOLSKI KONKURS
PIEŁĘGNIARKA / PIEŁĘGNIARZ ROKU 2017**

W dniu 8 marca 2018 roku w Sali wykładowej im. W. Jezierskiego w budynku Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego UM w Poznaniu przy ulicy Długiej odbył się II etap XIII Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka /Pielęgniarz Roku” organizowanego przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie. Konkurs Pielęgniarka Roku ma na celu wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek prezentujących najwyższy poziom przygotowania zawodowego i zaangażowania w działalność na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

W konkursie wzięło udział 25 pielęgniarek z różnych zakładów opieki zdrowotnej z województwa wielkopolskiego. Dużą grupę stanowiły pielęgniarki z okręgu OIPIP w Kaliszu - z Kalisza i Pleszewa.

Nad prawidłowym przebiegiem eliminacji konkursowych czuwała Komisja w składzie:

Przewodnicząca - dr n. o zdr. Katarzyna Głodowska, Przewodnicząca Zarządu Wielkopolskiego Oddziału PTP.

Członkowie:

- dr n. med. Violetta Jachimowicz, z-ca przewodniczącej Zarządu Wielkopolskiego Oddziału PTP,
- mgr Joanna Strzelczyk, z-ca przewodniczącej koła PTP przy PWSZ w Kaliszu.

Po przywitaniu uczestników Konkursu przez Przewodniczącą Zarządu Oddziału PTP dr Katarzynę Głodowską oraz pozostałych uczestników komisji i przedstawieniu regulaminu, o godz. 12 uczestnicy przystąpili do rozwiązywania testu. Test składał się z 60 pytań, sprawdzał wiedzę uczestników z zakresu pielęgniarstwa klinicznego, historii pielęgniarstwa, zarządzania, etyki zawodu oraz aktualnie obowiązujących pielęgniarki ustaw i rozporządzeń. Na rozwiązanie testu uczestnicy mieli jedną godzinę (60min).

Po sprawdzeniu testów według dostarczonego wraz z testami klucza komisja ogłosiła wyniki.

Laureatką konkursu została Pani Anna Woźnica

z Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 2 w Poznaniu

II miejsce – pielęgniarka Sylwia Gałęzewska-Bijak

z Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu.

III miejsce – pielęgniarka Sylwia Hoffman

z Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu.

Członkowie Komisji złożyli laureatom i uczestnikom serdeczne gratulacje, podziękowali za udział w konkursie, za dbałość o prestiż zawodu oraz życzyli dalszego rozwoju zawodowego.

Laureatka etapu wojewódzkiego została zakwalifikowana do III etapu Finałowego, który odbędzie się w dniu 11 maja w Krakowie. Tematem przewodnim III etapu tegorocznej edycji Konkursu jest: „Budowanie autorytetu zawodowego przez pielęgniarkę w miejscu pracy „. Eliminacje krajowe obejmują komisyjną ocenę indywidualnych projektów przygotowanych przez finalistów etapu wojewódzkiego zgodnie z tematem przewodnim.

Serdecznie gratulujemy laureatom, życzymy naszej przedstawicielce powodzenia w finale konkursu oraz dziękujemy wszystkim uczestnikom za udział w konkursie.

Zapraszamy do udziału w następnej XIV edycji Konkursu Pielęgniarka Roku.

Violetta Jachimowicz

Przewodnicząca

Koła Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego
przy Państwowej Wyższej Szkole Zawodowej w Kaliszu



INTER Kontrakt NNW

Ubezpieczenie utraty przychodu dla Pielęgniarek i Położnych

■ Pracujesz na kontrakcie?

Co się stanie, jeśli w wyniku wypadku nie będziesz wykonywać pracy zawodowej?

- Pobyt w szpitalu lub rekonwalescencja oznacza utratę przychodów.
- Twój budżet domowy zostanie mocno obciążony, a ZUS wypłaci Ci tylko minimalne świadczenie.
- Nadal będziesz płacić rachunki, czy raty kredytu.

■ Poczuj się bezpiecznie z ubezpieczeniem INTER Kontrakt NNW

- Odbierz świadczenie pieniężne za każdy dzień niezdolności do pracy spowodowanej nieszczęśliwym wypadkiem – nawet 9 000 zł miesięcznie!
- Zachowaj stabilność finansową w trakcie powrotu do zdrowia.
- Podstawą decyzji o wypłacie świadczenia jest zwolnienie lekarskie.
- Wypłata świadczenia od 1-go dnia czasowej niezdolności do pracy, maksymalnie do 365 dnia.



Grupa wiekowa	Wysokość składki dla INTER Kontrakt NNW	
	Wariant A Świadczenie 150 zł dziennie / Bez weryfikacji przychodów	Wariant B Świadczenie 300 zł dziennie / Przychody powyżej 9 000 zł
	Miesięcznie otrzymasz 4 500 zł	Miesięcznie otrzymasz do 9 000 zł
do 39 lat	40 zł	70 zł
40 - 49 lat	45 zł	81 zł
50 - 59 lat	68 zł	122 zł
60 - 70 lat	84 zł	151 zł

Towarzystwo Ubezpieczeń INTER Polska S.A.

Przedstawicielstwo w Kaliszu

ul. Narutowicza 2A

62-800 Kalisz

tel. +48 62 757 16 22

tel. kom. 602 291 884

inter
UBEZPIECZENIA