

Opieka pielęgniarska nad pacjentami leczonymi cytostatykami



Cytostatyki mają z założenia działanie cytotoksyczne i w związku z tym są lekami, których podawanie wymaga szczególnej ostrożności, uwagi i wysokiego poziomu wykształcenia ze strony pielęgniarek.

10

Światowy Dzień Chorego

W długiej historii ludzkości, życie i zdrowie zawsze miało i ma największą wartość i to bez względu na kulturę, zwyczaje kulturowe czy wyznanie religijne. Natomiast starość, choroba, cierpienie czy śmierć to fakty z wszystkich zdarzeń ludzkich najpowszechniejsze, najbardziej pewne, nieuniknione, których świadomość towarzyszy człowiekowi przez całe życie.

17

Ciąża bliźniacza cz. 2

W trakcie ciąży w organizmie kobiety zachodzą zmiany przystosowujące ją do nowej sytuacji. Pozwalają one na najlepszy, możliwy rozwój płodu. Kiedy w jej macicy rozwijają się dwa płody, to jej organizm jest jeszcze bardziej obciążony niż przy rozwoju jednego dziecka i musi dokonać jeszcze więcej zmian adaptacyjnych.

22

w numerze:

Biuletyn 8/2008

1 lutego 2008 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 **Serwis informacyjny**
- 3 **Sprawozdanie z konferencji „Model kształcenia pielęgniarek i położnych – teoria i praktyka”**
E. Borowiak
- 4 **Planowane szkolenia i konferencje**
- 5 **Chemia – z życia wzięte**
Z. Dumala
- 7 **Sposób odżywiania jako element stylu życia a występowanie nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego**
G. Wiraszka, R. Stępień
- 10 **Opieka pielęgniarska nad pacjentami leczonymi cytostatykami**
A. Koper, Z. Jędrusiak
- 14 **Białaczka – wpływ choroby na jakość życia i stan psychiczny pacjentów**
A. Cieślik
- 17 **Światowy Dzień Chorego**
D. Liput
- 18 **Tajemnica zawodowa pielęgniarek i położnych (wybrane zagadnienia)**
T. Ciosmak
- 22 **Ciąża bliźniacza cz. 2**
Wpływ ciąży bliźniaczej na matkę i dzieci
H. Derendarz
- 26 **Kącik biblioteczny**
- 27 **Kącik społeczników: Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz**
B. Dobrowolska

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17
tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl
Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam i ogłoszeń.
Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych
Druk: Drukarnia BiK – M. Bernaciak
91-729 Łódź, ul. Smutna 16

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniu 11 grudnia 2007 roku, 8 – 10 stycznia 2008 roku* Prezydium ORPiP w dniu 17 grudnia 2007 roku

➔ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek/pielęgniarskiego i rejestru położnych – 4 pielęgniarkom i 1 położnej.

➔ Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu – 8 pielęgniarkom/pielęgniarskiemu.

➔ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek i 4 położne.

➔ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi – 5 pielęgniarek/pielęgniarskiego.

➔ Wykreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 146 praktyk pielęgniarek i 6 położnych, zgodnie z wnioskami zainteresowanych.

➔ Wykreślono z rejestru grupowej praktyki pielęgniarskiej, zgodnie z wnioskami zainteresowanych.

➔ Wpisano do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarskich 8 indywidualnych praktyk.

➔ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenia po przebiegu w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat – 1 pielęgniarskiej skrócono okres przeszkolenia.

➔ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe – 1 wpis.

➔ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w:

- konferencji: 9 osobom,
- kursie doszkalcącym: 13 osobom,
- kursie specjalistycznym: 10 osobom,
- kursie kwalifikacyjnym: 11 osobom,
- studia podyplomowe: 4 osobom,
- 4 osobom odmówiono przyznania finansowania kształ-

cenia, ze względów regulaminowych – wnioski o dofinansowanie niekompletne, złożone po terminie.

➔ Przyznano 2 nagrody finansowe po ukończeniu studiów magisterskich z oceną bardzo dobry, 1 osobie odmówiono ze względów regulaminowych.

➔ Przyznano zapomogi bezzwrotne po:

- 1500 zł: 2 osobom,
- 1000 zł: 1 osoba,
- 750 zł: 1 osoby,

➔ Zatwierdzono:

– skład osobowy zespołu wizytacyjnego powołanego w celu dokonywania oceny, aparatury, sprzętu medycznego i pomieszczeń w których wykonywana będzie indywidualna praktyka,

– skład osobowy zespołu konkursowego przy ORPiP,

– Ośrodek Informacyjno Edukacyjny,

– pełnomocników i ich zastępców w rejonach wyborczych/zakładach na V kadencję*,

– 11 komisji problemowych i ich przewodniczące,

– decyzje w sprawie pokrycia kosztów dojazdu delegatom V kadencji na okręgowe zjazdy.

➔ Przyjęto rezygnację z funkcji pełnomocnika ORPiP w Łodzi w dwóch rejonach wyborczych.

➔ Przyjęto stanowisko w sprawie zapowiadanych akcji protestacyjnych.

➔ Wytypowano przedstawicieli ORPiP w Łodzi do pracy w komisjach kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych w WODKM w Łodzi.

Anna Manes – sekretarz ORPiP w Łodzi

Spotkania wybranych komisji problemowych

Komisja Warunków Pracy i Zatrudnienia zaprasza na spotkanie 27 lutego 2008 roku o godz. 13.00. Spotkania odbywać się będą w ostatnią środę miesiąca.

przewodnicząca komisji – Anna Wielgosz

Komisja Położnych zaprasza na spotkanie 21 lutego 2008 roku o godz. 15.00. Spotkania odbywać się będą w trzeci czwartek miesiąca.

przewodnicząca komisji – Elżbieta Glinka

Serdecznie zapraszam do udziału w pracach w **Komisji Promocji Zdrowia**. Głównym zadaniem komisji będzie wdrażanie nowych metod i technik mających na celu podniesienie jakości świadczonych usług. Pierwsze organizacyjne spotkanie odbędzie się 6 marca 2008 roku o godz. 14.00.

przewodnicząca komisji – Liliana Krysiak-Gortat
kierownik Sekcji Oświaty i Promocji Zdrowia w WSSz im. Wł. Biegańskiego w Łodzi

Zapraszam do pracy w **Komisji ds. Opieki Długoterminowej** pielęgniarki i położne zainteresowane ww. problematyką. Pierwsze spotkanie komisji odbędzie się w dniu 19 marca 2008 roku o godz. 15.00 w siedzibie OIPiP w Łodzi.

przewodnicząca komisji – Jolanta Surowiec

Sprawozdanie z konferencji

„Model kształcenia pielęgniarek i położnych – teoria i praktyka”

W dniach 23 i 24 października 2007 roku odbyła się konferencja poświęcona procesowi kształcenia pielęgniarek i położnych. Organizatorem spotkania dziekanów uczelni kształcących na tych kierunkach oraz przedstawicieli samorządu pielęgniarek i położnych było Ministerstwo Zdrowia – Departament Pielęgniarek i Położnych.

Miejscem spotkania było Centrum Konferencyjne Kora Expo w Warszawie. Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych – Beata Cholewka – przywitała gości i uczestników konferencji oraz krótkim wystąpieniem wprowadziła w zagadnienie współczesnego modelu kształcenia w zawodach pielęgniarki i położnej.

Nad przebiegiem konferencji czuwała Pani Jolanta Skolimowska – zastępca Dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych.

Prezentacje referatów rozpoczęli prof. dr hab. Irena Wrońska oraz prof. dr hab. Piotr Małkowski. Przewodnicząca Krajowej Rady Akredytacyjnej Szkolnictwa Medycznego (KRASzM) prof. dr hab. Irena Wrońska poprzez omówienie zadań, elementów podlegających ocenie, celu procesu akredytacyjnego, jego przebiegu oraz wniosków z przeprowadzonych wizyt zespołów KRASzM przybliżyła uczestnikom konferencji „Proces akredytacji na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo”.

Kolejna osoba dr Maria Kózka – Sekretarz KRASzM zaprezentowała „Plan i program kształcenia na studiach pielęgniarstwach”. Celem wystąpienia było: zdefiniowanie pojęć: plan, program (cel i treści kształcenia, umiejętności wynikowe/efekty kształcenia, ECTS) oraz przedstawienie ogólnych założeń konstruowania planu, programu studiów oraz propozycji planów studiów (pierwszego i drugiego stopnia) w odniesieniu do obowiązujących przepisów.

Prezentacja członków KRASzM: dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus i dr n. med. Barbary Prażmowskiej „Plan i program kształcenia na kierunku położnictwo” obejmowała charakterystykę wymagań ogólnych i innych, minimalną liczbę godzin zajęć zorganizowanych oraz minimalną liczbę punktów ECTS na studiach pierwszego i drugiego stopnia.

„Struktura prawna edukacji pielęgniarek” była tematem kolejnego referatu prezentowanego przez Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dr n. biol. Elżbietę Buczkowską.

Prof. dr hab. n. med. Anna Wilmowska-Pietruszyńska – przewodnicząca zespołu Ministra Zdrowia ds. opracowania projektu ustawy o społecznym ubezpieczeniu pielęgnacyjnym – przedstawiła uczestnikom konferencji referat „Zabezpieczenie społeczne niepełnosprawności i niesamodzielności w Polsce”. Zawierał on informacje dotyczące projektu Ustawy o ubezpieczeniu pielęgnacyjnym.

„Kształcenie praktyczne na studiach pierwszego stopnia na kierunku pielęgniarstwo” było tematem wystąpienia kolejnego członka KRASzM mgr Jolanty Kolasieńskiej. Autorka omówiła: cele kształcenia do zawodu pielęgniarki, Dyrektywy Rady (77/452/EWG, 89/594/EWG), realizację porozumienia Strasburskiego w Polsce, treści rozporządzeń: Ministra Zdrowia (z dnia 15 kwietnia 2002 roku, 11 maja 2004 roku, 13 maja 2005 roku) w sprawie standardów nauczania dla kierunku pielęgniarstwo, położnictwo oraz Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego (z dnia 12 lipca 2007 roku) w sprawie standardów kształcenia dla poszczególnych kierunków oraz poziomów, a także trybu tworzenia i warunków, jakie musi spełnić uczelnia, by prowadzić studia międzykierunkowe oraz makrokierunku. Referat również charakteryzował: etapy kształcenia zawodowego umiejętności praktycznych, treść uchwały KRASzM z dnia 3 marca 2006 roku w sprawie określenia szczegółowych zaleceń dotyczących liczebności grup studenckich na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo oraz kryteria akredytacji i monitoringu.

Dr n. med. Grażyna Iwanowicz-Palus i dr n. med. Barbara Prażmowska w podobny sposób przedstawiły referat „Kształcenie praktyczne na studiach pierwszego stopnia na kierunku położnictwo”.

Ostatnia osoba wśród referujących pierwszego dnia konferencji, mgr Bożena Borchulska – członek KRASzM, poruszyła bardzo burzliwy temat „Kształcenie praktyczne

(zajęcia praktyczne i praktyki zawodowe) na studiach „pomostowych”.

Prezentacje referatów drugiego dnia konferencji rozpoczął prof. dr hab. n. med. Maciej Wilczak. W swojej prezentacji „Ocena jakości kształcenia na kierunkach pielęgniarstwa i położniczych” omówił ankietę elektroniczną służącą do oceny jakości kształcenia w programie Wirtualna Uczelnia.

Kolejną osobą wśród prelegentów była mgr Maria Brzezińska – doradca Ministra Zdrowia ds. uznawania kwalifikacji pielęgniarek i położnych w UE. Wygłoszony referat „Uznawania kwalifikacji zawodowych na podstawie Dyrektywy 2005/36/WE” obejmował następujące zagadnienia: przepisy ogólne dyrektywy, warunki uznania kwalifikacji zawodowych, zasadę automatycznego uznawania dokumentów potwierdzających kwalifikacje oraz prawo nabyte.

Przewodniczący Rady Głównej Szkolnictwa Wyższego – prof. dr hab. Jerzy Błazejewski – podczas prezentacji „Standardy kształcenia w polskim systemie szkolnictwa wyższego” przedstawił uczestnikom konferencji standardy kształcenia dla kierunków pielęgniarstwo i położnictwo.

Ostatnią osobą wśród referujących w czasie konferencji był Michał Kępowicz – zastępca Dyrektora Departamentu Funduszy Strukturalnych i Programów Pomocowych w Ministerstwie Zdrowia. Pan dyrektor wygłosił

referat „Finansowanie kształcenia pielęgniarek i położnych, ze szczególnym uwzględnieniem studiów pomostowych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Zawierał on: analizę aktów prawnych, charakterystykę Europejskiego Funduszu Społecznego, Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki oraz plan działania na lata 2007/2008 a w szczególności plan finansowy.

Wszyscy zaproszeni goście i uczestnicy konferencji po każdej sesji zadawali wiele pytań. Prelegenci odpowiadali na wszystkie poruszone zagadnienia. Należy podkreślić, że dyskusja przebiegała w bardzo miłej atmosferze pomimo poruszanych bardzo nurtujących środowisko pielęgniarek i położnych problemów.

Konferencje podsumowała i zakończyła Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych Beata Cholewka.

Każdy uczestnik konferencji otrzymał materiały dotyczące treści poszczególnych referatów (są do wglądu w Bibliotece Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi).

Organizatorom konferencji należą się serdeczne słowa podziękowania za doskonałą organizację i stworzenie wszystkim uczestnikom przyjaznej i życzliwej atmosfery. ■

dr n. med. **Ewa Borowiak**
członek Komisji ds. Kształcenia OIPiP w Łodzi
starszy wykładowca UM w Łodzi

Planowane szkolenia i konferencje

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie zaprasza pielęgniarki i położne na warsztaty edukacyjne pt. **„Metody antykoncepcji”**. Warsztaty odbędą się w dniu 27 marca 2008 roku na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17, w godzinach 11.00 - 12.30 (II piętro, duża sala). Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17, w godzinach pracy Biura. Decyduje kolejność zgłoszeń. Liczba miejsc ograniczona.

Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu, skrypty tematyczne oraz materiały promocyjne.

Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi w dniu 16 maja 2008 roku serdecznie zaprasza na jednodzienną *bezpłatną* konferencję naukową pt. **„Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce. Problemy zdrowia psychicznego”**. Bliższych informacji udzielamy pod numerem telefonu 042 299 55 73 oraz na stronie internetowej uczelni pod adresem: www.wshe.lodz.pl
Ostateczny termin nadsyłania zgłoszeń, zarówno uczestnictwa czynnego jak i biernego, upływa 15 kwietnia 2008 roku.

Zuzanna Dumala

Chemia – z życia wzięte

Wizytę u onkologa wyznaczono w rejestracji na godz. 17.05. Jaka dokładność, nie o 17.00 a o 17.05. Zarówno ja, jak i mój mąż – pacjent, lubimy zgłaszać się wszędzie z dużym wyprzedzeniem czasowym. Wierni tej zasadzie, przed gabinetem lekarskim byliśmy już o 16.30. Przy wejściu do korytarza ujrzeliśmy tłum ludzi.



– Państwo wszyscy do onkologa?
– Tak – pada chóralna odpowiedź!
– Mamy wyznaczoną wizytę na 17.05 – oświadczam stanowczo.
Chwila milczenia.

– Państwo tu chyba pierwszy raz?
Sposzona odpowiadam – Tak pierwszy raz.

Tu godzin wyznaczonych się nie przestrzega, wchodzi ten kto pierwszy przyszedł.

Z pobieżnych wyliczeń wyszło mi, że mąż ujrzy oblicze lekarza może szesnasty lub siedemnasty. Klapnęliśmy na twarde krzesła w dusznym korytarzu, 24 lipca.

Na zewnątrz temperatura plus trzydzieści kilka stopni Celsjusza. Żar z nieba leje się już od ponad miesiąca, wszystko nagrzane do granic wytrzymałości. Moja twarz płonie. Sercu za ciasno w klatce piersiowej. Pot płynie strużkami po skroniach. Na szczęście wzięłam zapas chusteczek jednorazowych. Mąż przezornie zabrał z lodówki butelkę wody mineralnej. W tym momencie bardziej potrze-

kowałam pomocy niż on, który od sześciu tygodni jest rekonwalescentem. Wycięto mu znaczny odcinek jelita grubego i wykonano stomię.

Siedzę. Zamknęłam oczy. Chce mi się płakać. Milczę. W rozgrzanej głowie kotłują się myśli i obrazy z całego życia. Ogarnia mnie bezsilność i pytanie o sens istnienia. Kiedy byłam mała straszono mnie piekłem. W ciągu dorosłego życia przekonałam się, że piekło istnieje – istnieje tu na ziemi. Im jestem starsza, tym bardziej ono mnie atakuje. Piekło spadających nieszczęść pod postacią ciężkich chorób najbliższych mi osób.

Dobijają mnie zaburzenia termoregulacyjne w organizmie. Jestem już zmęczona. Chciałabym się ulotnić wraz z parującym potem. Ale nie, nie wyparowywuję – siedzę. Do moich uszu dochodzą urywane zdania oczekujących pacjentów.

– Mnie następnej chemii nie zleci, mam za mało białych.
– A które to są te białe?

– No te WBC. Muszę czekać aż szpik je wyprodukuje.

– To trzeba zażywać żelazo!
– Nie, od żelaza to zwiększa się RBC i HGB.

– O, pani dużo wie.
– Jak jestem na chemii i naświetlaniach od trzech lat, to muszę wiedzieć.

– Zaraz, a niech mi pani w takim razie powie, co to są te neutrofile, mno,... czy jak im tam.

– A, tego to nie wiem, to są jakieś szczegółowe.

– A włosy pani wypadły? Nie, tylko się przerzedziły.

U siedzącego obok mężczyzny słyszę charakterystyczny odgłos uwalnianych się gazów do worka stomijnego. Mąż dowcipnie szepcze mi do ucha:

– On ma taką samą ozdobę na brzuchu jak ja.

Z gabinetu wychodzi kolejny pacjent blado-żółty, wychudzony, podtrzymywany chyba przez córkę. Wszyscy milkną, po chwili ktoś stwierdza.

– Te nowotwory niedługo wszystkich zjedzą!

– A tak, zjedzą, bo zjadamy wszystko zatrute. Sąsiad żeby mieć ładne wiśnie, to spryskiwał je trzynaście razy. Bez środków chemicznych nic się nie utrzyma.

Ja – odzywa się mężczyzna towarzyszący żonie – nie opryskiwałem drzewa czereśniowego i dlatego nie zjadłem nawet jednego owocu – w każdym robak.

– Panie! A spróbuj pan zakisnąć kupione na targu ogórki – nic z tego, albo gorzkie, albo zrobi się maź.

Z gabinetu wychodzi pacjentka i przy okazji ogłasza krótką przerwę w przyjęciach.

– Cierpliwie czekamy, lekarz też człowiek, odpocząć musi – słyszę komentarz.

– Ona jest ostra, ale solidnie zajmuje się chorymi. Pokrzepiona na duchu wychodzę do holu. Na krzesłach leży jeden z oczekujących, widzę, że cierpi z bólu.

– Boli pana?

– Oj tak, bardzo.

– Przyjmuje pan środki przeciwbólowe?

– Nikt mi nie zapisał. Towarzysząca mu żona za zaczyna opowiadać.

– Mąż był już trzy razy na operacji. Dziesięć dni temu wyszedł ze szpitala. Ma przerzuty do kości w nodze.

– Nie może i nie musi pan tak cierpieć. Podczas wizyty niech pan w sposób stanowczy domaga się recepty na środki przeciwbólowe.

Wracając z holu zauważyłam, że mój mąż z zainteresowaniem słucha wywodów siedzącego obok pacjenta. Opowiadanie dotyczyło zastosowanych już kilkakrotnie kuracji chemią, naświetlaniami i zbawiennych rezultatów tego leczenia. O godzinie 18.30 po przerwie do gabinetu we-

szła puszysta kobieta. Była tam bardzo krótko. Wzburzona, wyskoczyła stamtąd jak wystrzelona z procy. Nie było jej karty chorobowej. Jak twierdzi, rejestrowała się – nie została jednak przyjęta.

Po tym incydencie pielęgniarka sprawdza, czy oczekujący są zarejestrowani. Jednak za kilkanaście minut sytuacja się powtarza. Karty, wspomnianego wyżej cierpiącego pacjenta, nie ma w gabinecie, i ona wychodzi rozdygotana a wraz z nią pielęgniarka, która niczym expres dostarcza z rejestracji dokumentację chorego.

Lekarz poświęca pacjentowi pół godziny. I słusznie, tak powinno być, pomyślałam. Przed godziną 20 przekroczyłam z mężem próg gabinetu. Spojrzałam na energiczną panią doktor i młodą, wyciszoną pielęgniarkę, lekarz objęła nas wzrokiem.

– Proszę usiąść! Słucham!

Widzę, że mąż czuje się niepewnie.

– My pierwszy raz – zagajam. Mąż podaje kartę informacyjną, wynik badania histopatologicznego i inne.

– Ile ma pan lat?

Pada odpowiedź.

– Kiedy była operacja?

– Dziesiątego czerwca.

– Powinien pan zgłosić się tu 28 dni po operacji!

– Taki wyznaczono termin w rejestracji – odpowiadam za męża.

– Te badania laboratoryjne są już nieaktualne, nie mogę rozpocząć chemioterapii. Zatrzęsło mnie – znów to słowo chemia.

– A gdzie zdjęcie klatki piersiowej?

– Nie wzięłam. Widzę, że mąż mięknie. Wtrącam się.

– Pani doktor, rozumiemy, że musi pani widzieć to zdjęcie, ale w płucach nic złego się nie dzieje.

– Skąd pani może to wiedzieć?!

– W oddziale chirurgicznym mówiono, a poza tym powiem wprost – mąż jest lekarzem a ja pielęgniarką i mamy pewną orientację w tym względzie.

– Acha, panie doktorze, ja panu doktorowi dam skierowanie na wszyst-

kie badania laboratoryjne i na markery. Zgadza się pan na chemioterapię? Mąż zerknął na mnie i zamasztyłym ruchem podpisał zgodę.

– A pani widzę ma jakieś obiekcje?

– Owszem mam – odpowiadam.

– Dlaczego?

– Boję się chemii. Boję się, że zrujnuje u męża system odpornościowy. Czy stosuje się jakieś leki osłonowe i wspomagające chemioterapię?

– Nie, tylko chemia – pada kategoryczna odpowiedź.

– Teraz zbadam pana doktora.

Widzę jak palpacyjnie ocenia stan węzłów chłonnych szyjnych i nadobojczykowych.

– Ale dlaczego tak pani nie wierzy w chemioterapię?

– Mam przykłady miernych, albo żadnych efektów tego leczenia.

– I nie akceptuje pani decyzji męża?

– Mąż jest świadomy, uszanuję jego decyzję, ale mam prawo mieć własne zdanie.

– Pani musi wspierać męża.

I będę wspierać, jak wspierałam przez 50 lat naszego małżeństwa.

Mimo zarejestrowanego kompletu pacjentów, pani doktor poleciła pielęgniarce wpisać męża na dzień najbliższych przyjęć. Objasniła też, nie zwracając uwagi na mnie, jak będzie przebiegać kuracja cytostatykami.

– A w ogóle – proszę państwa – to ja pracuję od siódmej rano a wyjdę stąd przed dwudziestą pierwszą. Wyrażamy zrozumienie, dziękujemy, przepraszamy, opuszczamy gabinet.

Na przyjęcie czekały jeszcze trzy osoby. Usiedliśmy na chwilę żeby ochłonać. Wzburzona rzucam pytanie. Czemu w naszym kraju postawione jest wszystko na głowie?! Jak lekarz może pracować czternaście godzin na dobę i to lekarz tej specjalności?! Chcąc nie chcąc staje się pod koniec dnia automatem z zakodowanym hasłem – CHEMIA. ■

Przedruk z Pisma OIPiP w Lublinie „Nasz głos” 5/2006 (wrzesień/październik)

Grażyna Wiraszka, Renata Stępień

Sposób odżywiania jako element stylu życia a występowanie nowotworów złośliwych przewodu pokarmowego

Styl życia, czyli „zespół codziennych zachowań specyficznych dla danej jednostki lub zbiorowości” w latach siedemdziesiątych XX wieku został uznany za główną przyczynę chorób i śmierci. Okazało się, że zdrowie człowieka nie zależy tylko od rozwoju lecznictwa, ale w dużej mierze zależy od tego jak postrzegana jest przez niego wartość jego zdrowia oraz jaki prowadzi styl życia.

Styl życia, w którym wyróżnia się co najmniej pięć dziedzin (sposób odżywiania, psychospołeczne aspekty życia, aktywność ruchowa, używki, organizacja warunków bytowania i pracy) może wpływać na wzmacnianie i rozwój zdrowia lub jego utratę, będąc przyczyną tzw. chorób stylu życia.

Według WHO, choroby stylu życia spowodowane m.in. niewłaściwym sposobem odżywiania, niską aktywnością fizyczną, używaniem alkoholu, paleniem tytoniu, stresem psychicznym, są przyczyną 70 – 80 procent zgonów w krajach wysoko rozwiniętych i 40 – 50 procent w krajach rozwijających się. Wśród nich poważną grupę chorób, charakteryzujących się dużą zachorowalnością i umiarkowaną, stanowią choroby nowotworowe.

Błędy w sposobie żywienia są przyczyną m.in. chorób układu krążenia, chorób nowotworowych czy też chorób układu trawiennego. Wśród najczęstszych błędów żywieniowych,

mających niekorzystny wpływ na zdrowie wymienia się:

- nadmierną w stosunku do zapotrzebowania ilość energii,
 - zbyt wysoki poziom energii pochodzącej z tłuszczów ogółem i nieprawidłowa jego struktura,
 - nadmierna ilość w pożywieniu takich składników, jak sól kuchenna, alkohol,
 - niedostateczna ilość wapnia, żelaza, jodu i innych składników mineralnych, a także witamin i błonnika,
 - zbyt wysoki udział żywności pochodzenia zwierzęcego,
 - niskie spożycie składników pożywienia o działaniu antyoksydacyjnym,
 - znaczne rozpowszechnienie niekorzystnych dla zdrowia technik kulinarnych,
 - niewłaściwy tryb żywienia (nieregularne spożycie posiłków, nieprawidłowy rozdział racji pokarmowych).
- Z badań prowadzonych w USA wynika, że około 80 procent przypad-

ków nowotworów złośliwych można przypisać czynnikom środowiskowym (włączając palenie tytoniu i dietę). Dane te wskazują, że alkohol jest przyczyną około 3 procent zgonów z powodu nowotworów złośliwych, odżywianie 35 procent, a dodatki do żywności więcej niż 1 procent przyczyn zgonów onkologicznych.

Niewłaściwe odżywianie jest jednym z trzech czynników ryzyka (obok palenia tytoniu oraz zakażeń i związanych z nimi stanów zapalnych), którym przypisuje się działanie kancerogenne.

Wśród czynników związanych z odżywianiem i mających wpływ na powstawanie procesu nowotworowego wyróżnia się mikroczynniki i makroczynniki.

Mikroczynniki charakteryzują się genotoksycznym działaniem wywołującym zmiany w strukturze DNA (punktowe mutacje, delecje, rekombinacje, aberracje chromosomalne).

Natomiast makroczynniki wpływają na promocję procesu nowotworowego wskutek indukcji proliferacji komórek i powodowania ich przewlekłego uszkodzenia.

Do czynników genotoksycznych zaliczane są m.in.:

1. Aminy heterocykliczne.

Powstają w czasie termicznej obróbki produktów żywnościowych zawierających białko oraz w procesie wędzenia, są również spotykane w dymie tytoniowym.

2. Policykliczne węglowodory aromatyczne.

Powstają w procesie wędzenia, opiekania i smażenia mięs, kumulują się również w liściach warzyw uprawianych w pobliżu zakładów przemysłowych.

3. Mikotoksyny.

Źródłem ich są nitkowate grzyby (pleśnie). Wśród nich wyróżnia się między innymi aflatoksyny i ochratoksyny. Ponieważ są małymi cząstkami, zazwyczaj nie są biologicznie wykrywane i nie wywołują odpowiedzi ze strony układu immunologicznego. Mogą one wywoływać zaburzenia ostre (uszkodzenia funkcji wątroby, nerek, mózgu), zaburzenia przewlekłe, działania kancerogenne (indukcja raka, zwłaszcza wątroby), a także działanie mutagenne i teratogenne. Ich występowanie jest związane głównie z produktami zbożowymi (zboża, orzeszki ziemne), a także mięsem wieprzowym przechowywanych w wilgotnych i ciepłych magazynach.

4. Azotany, azotyny i nitrozaminy.

Azotany i azotyny występują w przyrodzie jako naturalne pokłady soli mineralnych. W glebie i wodzie są wynikiem sztucznego nawożenia a także emisji zanieczyszczeń powietrza. Stosowane są do konserwacji produktów mięsnych (peklowanie). Azotyny powstają w wyniku redukcji azotanów i są prekursorami tzw, nitrozamin – substancji o silnym działaniu mutagennym i karcynogennym. Nitrozaminy wykrywane są zwłaszcza w powietrzu i wodzie w miastach oraz na terenach rolnych nawożonych azotanami.

Wśród makroczynnika wymienia się:

1. Nadmierne spożycie żywności (przekarmienie).

Obserwuje się, że w populacjach w rejonach głodu zapadalność na nowotwory jest znacznie mniejsza niż w populacjach o wysokich standardach odżywczych. Prawdopodobnie związane jest to z wyższym poziomem przemian, zwłaszcza tlenowych, które

indukują powstawanie reaktywnych form tlenu, uszkadzających różne struktury wewnątrzkomórkowe, w tym DNA.

2. Nadmiar spożywania tłuszczów (niezależnie od kaloryczności pożywienia).

3. Wysokie spożycie chlorku sodu.

Wywołuje on uszkodzenia warstwy śluzu, wyścielającej ścianę żołądka, stwarzając warunki do uszkadzającego działania kwasu solnego znajdującego się w soku żołądkowym. Ponadto podnosi ciśnienie osmotyczne treści żołądkowej, co może dodatkowo uszkadzać nabłonek. Związane z tym długotrwałe procesy zapalne prowadzą do zmian metaplastycznych, będących stanami przedrakowymi.

Oprócz czynników związanych z odżywianiem i biorących udział w powstawaniu i rozwoju procesu nowotworowego, znane są również czynniki o pozytywnym działaniu, chroniącym organizm przed zachorowaniem na nowotwory, do których zalicza się m.in.:

– błonnik, który zawarty jest w ścianach komórek roślinnych – warzywach, owocach, płatkach owsianych, jęczmiennych, roślinach strączkowych,

– witaminy i antyoksydanty zawarte w warzywach i owocach.

Ochronne działanie wysokiego spożycia warzyw i owoców stwierdzono w nowotworach górnego odcinka przewodu pokarmowego, żołądka, jelita grubego, trzustki. Szczególną rolę odgrywa witamina E, witamina C, karotenoidy (betakaroten – prowitamina A, obecna w pomarańczowych warzywach i owocach oraz warzywach zielonolistnych; likopen – zawarty w pomidorach i jego przetworach). Ważną rolę odgrywają flawonoidy (występują w warzywach i owocach nadając im smak, zapach i kolor – cebula, kapusta włoska, fasola, brokuły, seler, sałata, pomidory, a także truskawki, winogrona, owoce pestkowe, jabłka). Czynniki te określa się

jako „czynniki blokujące” zapobiegając powstawaniu aktywnych kancerogenów lub aktywując niszczące je systemy enzymatyczne. Pozytywną rolę odgrywają również pierwiastki takie jak cynk, selen, mangan, żelazo, miedź.

Spośród nowotworów przewodu pokarmowego, których występowanie związane jest z błędami żywieniowymi i karcynogennym oddziaływaniem żywności, wymienia się przede wszystkim raka żołądka, raka wątroby oraz raka jelita grubego.

Rak żołądka

Nowotwór ten do niedawna zajmował pierwsze miejsce pod względem zachorowalności i umieralności z powodu nowotworów złośliwych zarówno w Polsce jak też na świecie. Obecnie zachorowalność na niego znacznie spadła, zajmując dalsze pozycje w statystykach onkologicznych. Fakt ten niektórzy autorzy wiążą z rozwojem technik przechowywania żywności (techniki mrożenia), co zmniejsza znaczenie karcynogennego oddziaływania nitrozamin. Właśnie tej substancji przypisuje się główną rolę w powstawaniu raka żołądka. Poza tym wskazuje się również na znaczenie spożycia soli kuchennej. Niekorzystnie wpływa również niedobór warzyw i owoców oraz białek pochodzenia roślinnego zwłaszcza sojowego, które pełnią rolę ochronną, zabezpieczając przed wystąpieniem raka. Białko sojowe zawiera ochronne isoflawony, a także substancje antyoksydacyjne jak np. saponiny. Ważną rolę odgrywa również beta karoten, który jest szczególnie aktywny w układzie żołądkowo-jelitowym. Duże znaczenie posiada również witamina C, która oprócz tego, że jest substancją antyoksydacyjną, hamuje również powstawanie nitrozamin.

Rak wątroby

Występowanie tego nowotworu wiąże się przede wszystkim z obecnością w pożywieniu mikotoksyn, które

produkowane są przez grzyba *Aspergillus Flavus*. Występują one głównie w żywności przechowywanej w warunkach ciepłych i wilgotnych i obecnie, ze względu na rozwój technik przechowywania żywności jest głównie problemem w krajach Azji południowej i Afryce, gdzie obserwuje się większą zachorowalność na ten nowotwór niż w innych rejonach świata. Badania wskazują, że ekspozycja na ten czynnik łącznie z zakażeniem WZW typu B zwiększa ryzyko rozwoju raka wątroby. Znaczenie w powstawaniu tego nowotworu odgrywa również alkohol.

Rak jelita grubego

Występowanie tego nowotworu wiąże się z dietą:

- bogatotłuszczową, gdzie co najmniej 30 proc. energii pokrywają tłuszcze, zwłaszcza zawierające nasycone kwasy tłuszczowe,
- z dużą zawartością mięsa zwłaszcza tłustego i czerwonego,
- z niedoborem warzyw i owoców zawierających substancje ochronne (witamina A, C, E, kwas foliowy, wapń, substancje antyoksydacyjne),
- z niedoborem błonnika znajdującego się w warzywach i owocach, ale również produktach zbożowych, a stosowanymi technikami żywieniowymi (opiekanie, smażenie, wędzenie).

Według Karskiego mechanizm oddziaływania karcynogennej diety bogatotłuszczowej polega na stymulacji uwalniania kwasów żółciowych, co pobudza proliferację komórek, poza tym powoduje wzrost metabolitów steroli w jelicie grubym, zmianę składu i aktywności flory bakteryjnej w jelicie oraz udział w powstawaniu nadtlenków, które mogą uszkadzać DNA. Wysokie spożycie nasyconych kwasów tłuszczowych powoduje wysokie pH stolca. W stolcu alkalicznym kwasy tłuszczowe rozpuszczają się i są toksyczne dla nabłonka. Pozytywną natomiast rolę odgrywa błonnik zawarty w warzywach i owocach oraz produktach zbożo-

wych niskococzyszczonych. Przypisuje mu się korzystny wpływ na metabolizm flory bakteryjnej jelita grubego (jak również witaminie C). Poza tym błonnik zwiększając masę stolca i zapobiegając zaparciom, zmniejsza koncentrację karcynogenów w świetle jelita i skraca czas ich oddziaływania na błonę śluzową. Ważną rolę ochronną spełniają również antyoksydanty zawarte w warzywach i owocach, głównie karotenoidy – aktywne w układzie żołądkowo-jelitowym. Karotenoidy wzmacniają układ immunologiczny, hamują procesy nowotworowe, zabezpieczają przed złośliwą transformacją. W nowotworach odbytnicy podkreśla się znaczenie spożywania alkoholu.

Właściwy sposób odżywiania, na który składa się między innymi odpowiedni dobór produktów i składników odżywczych, eliminacja niewłaściwych technik kulinarnych i technik przechowywania żywności, odgrywa

istotne znaczenie w etiopatogenezie schorzeń nowotworowych przewodu pokarmowego. Podejmowanie działań edukacyjnych przez pielęgniarki, zarówno edukacji pozytywnej nakierowanej na ukazywanie korzyści płynących z właściwego odżywiania – sprzyjających wzmacnianiu zdrowia, jak też edukacji nakierowanej na czynniki ryzyka i ich niekorzystny wpływ na zdrowie, stanowią ważne zadania w strategii profilaktyki chorób nowotworowych przewodu pokarmowego. ■

Literatura u autorek

Grażyna Wiraszka

Instytut Zdrowia Publicznego Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach Wydział Nauk o Zdrowiu

Renata Stępień

Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa Akademii Świętokrzyskiej w Kielcach Wydział Nauk o Zdrowiu

Przedruk z Biuletynu ŚIPiP nr 9-10/2006



OFERTA SZKOLENIOWA DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

KURSY KWALIFIKACYJNE:

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

KURSY SPECJALISTYCZNE:

- Szczepienia ochronne dla pielęgniarek i położnych
 - Opieka paliatywna
 - EKG

KURSY DOKSZTAŁCAJĄCE:

- Leczenie ran
- Podstawy opieki długoterminowej

KURSY

- Masaż klasyczny i leczniczy
 - Dietetyka
 - Fizjoterapia
 - Opiekunka dziecięca

AKADEMIA ZDROWIA

ul. Piotrkowska 138/140, 90-062 Łódź

tel. 042 255 77 00

www.akademia-zdrowia.pl

ogłoszenie płatne

dr n. med. Anna Koper, mgr Zofia Jędrusiak

Opieka pielęgniarska nad pacjentami leczonymi cytostatykami



Zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 roku sporządzanie leków cytostacyjnych leży w kwestii farmaceutów, dlatego też w 2005 roku w Centrum Onkologii w Bydgoszczy farmaceuci przejęli sporządzanie leków cytostacyjnych dla pacjentów ambulatorium chemioterapii, natomiast dla pacjentów oddziału chemioterapii w pierwszym kwartale 2006 roku. W tym celu zorganizowano Pracownię Leków Cytostacyjnych, w której farmaceuci zajmują się sporządzaniem leków cytostacyjnych.

Do pielęgniarek natomiast należy:

1. Przygotowanie pacjenta do terapii cytostatykami.
2. Opieka pielęgniarska w trakcie terapii cytostatykami.
3. Opieka pielęgniarska po terapii.

Przygotowanie pacjenta do terapii cytostatykami

Cytostatyki mają za założenia działanie cytotoksyczne i w związku z tym są lekami, których podawanie wymaga szczególnej ostrożności, uwagi i wysokiego poziomu wykształcenia ze strony pielęgniarek.

Podawanie cytostatyków wiąże się z częstym występowaniem objawów niepożądanych. Powikłania mogą się ujawnić w trakcie leczenia, a także w różnym czasie po jego zakończeniu.

Cytostatyki niszczą komórki nowotworowe, ale uszkodzeniu ulegają również zdrowe komórki różnych narządów wewnętrznych człowieka, zwłaszcza szybko dzielące się komór-

ki szpiku, nabłonka przewodu pokarmowego i gonad.

Objawy niepożądane mogą być podobne dla różnych leków, na przykład granulocytopenia, małopłytkowość, zmniejszenie odporności, nudności i wymioty obserwowane po większości cytostatyków.

Leki cytostacyjne mogą wpływać na określone narządy, np. po antybiotykach antracyklinowych może wystąpić uszkodzenie układu krążenia, a po analogach platyny uszkodzenie nerek.

Leczenie chemioterapią może powodować lęk przed skutkami długotrwałego leczenia. Należy umiejętnie przygotować pacjenta do terapii. Pacjent pierwszorazowy jest edukowany przez pielęgniarkę, otrzymuje w formie pisemnej informacje na temat chemioterapii, sposobu odżywiania się i występujących objawów niepożądanych. Należy stworzyć atmosferę przyjazną dla pacjenta, zapewnić o gotowości do opieki, okazywać zainteresowanie, wyjaśniać wątpliwości i informować pacjenta o wszelkich działaniach, które go dotyczą, umożliwić kontakt z rodziną oraz przyjaciółmi, dawać wsparcie psychiczne.

Przyjazna atmosfera w chwili przyjęcia oraz świadome działania pielęgniarki w dużej mierze łagodzą działanie ujemnych bodźców.

Podmiotowe traktowanie pacjenta jako najważniejszej osoby w dniu przyjęcia, umożliwi pozyskanie zaufania oraz dobrej opinii chorego o facho-

wości personelu pielęgniarskiego. Współpraca chorego jak również zrozumienie przez niego zasad chemioterapii są niezbędne, aby można było zapobiec objawom niepożądanym, w niektórych przypadkach ograniczyć je oraz zminimalizować lęk towarzyszący terapii. Istotnym zadaniem jest także pomaganie rodzinie, poszerzenie ram współpracy, umożliwienie uzyskania rzetelnych informacji oraz udzielenie wsparcia.

Przyjmując pacjenta pierwszorazowego do ambulatorium chemioterapii, pielęgniarka wykonuje następujące zadania:

- wyjaśnia pacjentowi sposób podania i określa czas wchłaniania leków cytostatycznych,
- zapoznaje pacjenta z objawami niepożądanymi chemioterapii i sposobami radzenia sobie z nimi,
- udziela wskazówek dotyczących odżywiania w czasie trwania leczenia chemicznego,
- objaśnia pacjentowi jak postępować w przypadku wynaczynienia leku poza żyłę,
- zakłada kaniulę dożylną lub igłę do portu podskórnego.

Opieka pielęgniarska w trakcie podawania cytostatyków

Opieka pielęgniarska nad pacjentem poddanym chemioterapii prowadzona jest w oparciu o rozpoznanie potrzeb i problemów pacjentów leczonych cytostatykami.

Ważnym elementem w pracy zawodowej pielęgniarki jest czuwanie nad prawidłowym i bezpiecznym podaniem leków cytostatycznych. Wiele objawów niepożądanych wywołanych przez toksyczne działanie cytostatyków sprawia, że opieka pielęgniarska nastawiona jest na kontrolę tych objawów i systematyczne ich łagodzenie. W terapii niezwykle istotną rolę odgrywa aktywna postawa pacjenta. Wymaga to ogromnej mobilizacji psychicznej oraz odnalezienia siebie

w nowej sytuacji życiowej. Szczególną uwagę zwracamy na problemy, które związane są z zapewnieniem pacjentowi bezpieczeństwa psychicznego. Terapia jest długotrwała budzi niepokój, lęk i obawę związane z wystąpieniem objawów niepożądanych.

W celu zapewnienia poziomu jakości opieki pielęgniarskiej nad pacjentem w trakcie chemioterapii został wprowadzony i monitorowany w oddziale chemioterapii standard „Opieka pielęgniarska nad pacjentem pierwszorazowym w trakcie chemioterapii”. Spośród wszystkich pacjentów pierwszorazowych ankietę wypełniło 65 procent. Pacjenci potwierdzili, że udzielono im niezbędnych informacji na temat leczenia, objawów niepożądanych, odżywiania oraz zminimalizowano ich lęk przed chemioterapią. Natomiast zwrócić należy większą uwagę na zapoznanie pacjentów z postępowaniem w przypadku wynaczynienia cytostatyków.

Standard „Pielęgnacja pacjenta z portem podskórnym” jest wprowadzony i monitorowany w ambulatorium chemioterapii. Aby ograniczyć ryzyko zapalenia żył nadobojczykowych u wszystkich pacjentów, u których wykonana będzie kaniulacja żył nadobojczykowych do założonego portu, będą zastosowane procedury postępowania, zmniejszające niebezpieczeństwo tego powikłania. Wykonano 0,91% wkłuć do portu igłą Hubera spośród 13 667 pacjentów leczonych chemioterapią. Odnotowano 1,6 procent powikłań, w czasie zakładania igły Hubera do portu wystąpiła niedrożność portu, wykonano RTG portu, port został przepłukany przez chirurga. Po każdym wykluciu igły port przepłukano roztworem 20 ml 0,9% Na Cl z heparyną (100 j Heparyny na 1 ml 0,9% Na Cl).

Standardy opieki pielęgniarskiej stanowią punkt odniesienia w planowaniu i wprowadzaniu zmian oraz w ocenie jakości opieki pielęgniarskiej. Terapia cytostatykami negatywnie wpływa na stan fizyczny pacjenta.

Wielu chorych w trakcie leczenia chemicznego prowadzi normalny tryb życia i nie ogranicza swojej aktywności fizycznej lub ogranicza ją tylko w niewielkim stopniu. Tego rodzaju postępowanie ma korzystny wpływ na stan psychiczny chorego, na przebieg leczenia i jego tolerancję. Stosowanie jednak niektórych programów leczenia chemicznego przebiega z mniejszym bądź większym nasileniem objawów niepożądanych, co w konsekwencji wymusza obniżenie aktywności fizycznej i dostosowanie jej do aktualnych możliwości chorego.

Powikłania chemioterapii, ze względu na czas ich wystąpienia można podzielić na natychmiastowe, wczesne, opóźnione i późne.

Natychmiastowe powikłania, to te, które pojawiają się w kilka godzin, najczęściej w pierwszych 24 godzinach, lub w ciągu kilku dni od rozpoczęcia leczenia. Należą do nich np. nudności i wymioty, odczyny uczuleniowe.

Do wczesnych powikłań, występujących w pierwszych tygodniach chemioterapii, można zaliczyć m.in. objawy supresji szpiku, zapalenie błony śluzowej jamy ustnej, przewodu pokarmowego, biegunkę i wypadanie włosów.

Powikłania pojawiające się z opóźnieniem, do kilku tygodni lub miesięcy po zastosowaniu cytostatyków, to np. neuropatia obwodowa, kardiomiopatia, niedokrwistość, zwłóknienie płuc, uszkodzenie hepatocytów, aspermia.

Do powikłań późnych, które obserwowane są po upływie wielu miesięcy lub nawet lat od zastosowania chemioterapii, należą m.in. hipogonadyzm, przedwczesna menopauza, bezpłodność, azospermia, wtórne nowotwory, jak ostra białaczka, chłoniaki i nowotwory narządowe.

Znajomość objawów niepożądanych przez pielęgniarki jest niezbędna, ponieważ to właśnie pielęgniarka jest osobą, której pacjent zgłasza wystąpienie tych objawów.

Objawy niepożądane chemioterapii:

1. Nudności i wymioty

Chemioterapia może powodować nudności i wymioty działając na żołądek, rejon mózgu odpowiedzialny za reakcje wymiotne. Niektóre osoby odczuwają objawy niepożądane przez cały czas w postaci mdłości. Inni odczuwają przez określony czas. Symptomy mogą wystąpić wkrótce po rozpoczęciu terapii lub kilka godzin później. Jeżeli nudności lub wymioty występują dłużej niż jeden dzień, należy powiadomić lekarza. Lekarz może zastosować lek łagodzący uczucie nudności i wymiotów. Można skorzystać z następujących rad:

- wystrzegać się obfitych posiłków, aby nie obciążać żołądka,
- pić płyny przynajmniej godzinę przed lub po posiłku, a nie w trakcie jedzenia,
- jeść i pić powoli,
- unikać słodkich, tłustych lub smażonych pokarmów,
- spożywać pokarmy chłodne lub w temperaturze pokojowej,
- w trakcie mdłości oddychać głęboko i powoli,
- unikać drażniących zapachów,
- jeżeli mdłości występują w trakcie chemioterapii należy wystrzegać się jedzenia na 1 – 2 godzin przed podaniem leków.

2. Biegunka.

Jeżeli biegunka występuje dłużej niż 24 godziny lub jeśli biegunce towarzyszy ból lub skurcze, należy zgłosić to lekarzowi. W celu zatrzymania biegunki należy:

- spożywać posiłki w mniejszych porcjach, ale częściej,
- wystrzegać się produktów bogatych w błonnik, np. chleb pełnoziarnisty, surowe warzywa, fasola, orzechy, surowe i suche owoce,
- wybierać produkty z małą zawartością błonnika: biały chleb, biały ryż lub makaron, twarożek, jogurt, jajka, przetarte warzywa, kurczak, ryby,
- wystrzegać się kawy, herbaty, alkoholu, słodczy, a także tłustych smażonych i ostrych potraw,

- spożywać więcej produktów bogatych w potas (jeśli lekarz nie zaleci inaczej) banany, ziemniaki, nektar z brzoskwiń lub nektarynek, halibut, szparagi (niedobór potasu na zlecenie lekarza może zostać uzupełniony farmakologicznie),

- pić dużo płynów (o temperaturze pokojowej), aby zastąpić płyny stracone przez biegunkę: sok jabłkowy, woda, słaba herbata, czysty bulion,
- stosować dietę płynną (tylko na zlecenie lekarza) nie dłużej niż 3-5 dni.

3. Zaparcia.

Zaparcia w czasie chemioterapii mogą być wywołane lekami (cytostatykami lub przeciwbólowymi) lub występują na skutek zmniejszonej aktywności ruchowej lub braku środków odżywczych. Aby poradzić sobie z zaparciami należy:

- pić dużo płynów, aby spowodowały one poluznienie stolca. Szczególnie skuteczne są płyny ciepłe lub gorące,

- jeść dużo produktów bogatych w błonnik: gruboziarniste pieczywo i zboża, surowe lub gotowane warzywa, surowe i suche owoce, orzechy,
- gimnastykować się, nawet zwykły spacer pomoże; jeśli wypróżnienie nie nastąpiło przez 48 – 72 godziny, należy ściśle według wskazań lekarza zastosować lewatywę lub leki farmakologiczne. W przypadku leczenia niektórymi cytostatykami lekarz może przepisać profilaktycznie środki przeciwzaparciami.

4. Zapalenie jamy ustnej.

Cytostatyki mogą powodować:

- powstawanie drobnych ran w śluzówce jamy ustnej i gardła,
- wysuszać lub podrażniać błonę śluzową,
- krwawienia.

Rany w jamie ustnej mogą być narażone na infekcje, które są trudne do leczenia w trakcie chemioterapii, dlatego należy podjąć wszelkie możliwe środki ostrożności, aby im zapobiec.

Oto sugestie, jak utrzymać jamę ustną, dziąsła i gardło w zdrowiu:

- wskazana jest przed rozpoczęciem chemioterapii kontrola stomatologiczna (wyleczenie ubytków, chorób dziąseł),

- systematyczna higiena jamy ustnej: szczotkowanie zębów po każdym posiłku miękką szczoteczką, płukanie jamy ustnej delikatnym płynem zaleconym przez lekarza (należy unikać preparatów gotowych),

- zalecenia dotyczące odżywiania: stosować dietę wysokobiałkową i wysokowitaminową, wystrzegać się drażniących, kwaśnych potraw np. owoce i soki cytrusowe, spożywać posiłki często i w małych ilościach (potrawy i napoje powinny być schłodzone, najlepiej o temperaturze pokojowej),

- smarować usta tłustym kremem lub balsamem,

- stosować ogólnie lub miejscowo środki przeciwbólowe,

5. Łysienie.

Wypadanie włosów jest powszechnym skutkiem ubocznym chemioterapii, ale nie zawsze występuje. Wypadanie włosów może objawiać się pogorszeniem struktury włosów lub całkowitą ich utratą. Zazwyczaj włosy odrastają po zakończeniu terapii. Wypadanie włosów może nastąpić nie tylko na głowie, ale dotyczy też innych okolic ciała: nóg, rąk, włosów łonowych.

Informacje dotyczące pielęgnacji włosów:

- należy używać delikatnych szamponów, miękkich szczotek do włosów,
- zakaz farbowania włosów i wykonywania trwałej ondulacji.

Można zaopatrzyć się w perukę dobraną do koloru i charakteru naturalnych włosów. Wniosek na perukę wypisuje lekarz, jest on ważny przez okres jednego miesiąca. W celu zakrycia głowy można również używać kapeluszy, czapek, szalików czy turbano, które mogą być elementem dekoracyjnym stroju.

6. Wpływ na skórę i paznokcie

Podczas chemioterapii mogą wystąpić problemy ze skórą zaczerwie-

nienie, swędzenie, łuszczenie, suchość i wypryski. Paznokcie mogą stać się kruche lub łamliwe, mogą wystąpić na nich pionowe linie lub bruzdy.

Aby ustrzec się wysuszenia skóry, bierzcie szybkie prysznic lub myjcie się wilgotną gąbką, unikajcie długich kąpiele w wannie. W wilgotną skórę wcierajcie balsamy i wystrzegajcie się perfum, wody kolońskiej zawierającej alkohol. Niektóre cytostatyki podawane dożylnie mogą wywołać zaciemnienie skóry wzdłuż żyły. Po zakończeniu leczenia ciemne obszary na skórze zazwyczaj same znikną po kilku miesiącach. Nie należy wystawiać skóry na słońce, gdyż może to zwiększyć negatywny wpływ niektórych chemicznych leków na skórę.

Niektóre leki podawane drogą dożylną mogą powodować poważne i stałe uszkodzenie tkanki, jeżeli wyciekną z żyły. Natychmiast zgłoście pielęgniarce, jeśli poczujecie uczucie bólu lub pieczenia podczas otrzymywania kroplówki. Objawy te nie zawsze wskazują na to, że występuje problem, ale zawsze muszą zostać sprawdzone. Należy natychmiast powiadomić lekarza lub pielęgniarkę, jeżeli wystąpi nagłe lub silne swędzenie, zauważycie wysypkę na skórze lub jeśli wystąpią problemy z oddychaniem. Symptomy te mogą oznaczać, że wystąpiła reakcja alergiczna, która wymaga natychmiastowej interwencji.

W przypadku uszkodzenia tkanek na skutek wynacznienia leku poza żyłę pielęgniarka wykonuje następujące czynności:

- przerywa podawanie leku bez usuwania kaniuli,
- aspiruje wynaczniony lek przez pozostawioną kaniulę,
- usuwa kaniulę,
- stosuje okłady w zależności od podanego cytostatyku zimny w przypadku wynacznienia Farmorubicyny lub Adriblastyny, ciepły w przypadku wynacznienia Vincristyny, Vinblastyny, Vepesidu, Navelbiny,

– układa kończynę powyżej linii serca,

- na zlecenie lekarza podaje leki zobojętniające, przeciwzapalne,
- fakt wynacznienia odnotowuje w karcie opieki pielęgniarstwa.

Ważne jest także rozpoznanie problemów społecznych pacjenta w zakresie sytuacji rodzinnej i aktywności zawodowej oraz warunków materialnych. Kolejnym etapem będzie przygotowanie pacjenta do zmiany obecnego stylu życia, jeśli zaistnieje taka potrzeba w związku z przebiegiem terapii. Chemioterapia może zmienić plan zajęć, utrudnia realizację ról społecznych pełnionych przed terapią. Niektórzy pacjenci kontynuują pracę podczas chemioterapii, jednak większość korzysta w okresie chemioterapii ze zwolnienia lekarskiego. Wszystkie te elementy wywołują obawę o możliwość dalszego funkcjonowania społecznego. Konieczna jest pomoc rodziny i akceptacja środowiska.

Opieka pielęgniarska po terapii cytostatykami

Pielęgniarka swoje postępowanie opiera na aktywnym współdziałaniu pacjenta i jego rodziny. Jej zindywidualizowana opieka dostosowana jest do potrzeb, stanu i możliwości każdego pacjenta. Zadaniem pielęgniarki jest uczyć, motywować i pomagać pacjentowi w osiągnięciu zdolności do samodzielnego radzenia sobie z problemami.

Po zakończeniu terapii pacjent może skarżyć się na przedłużające się uczucie osłabienia i senność. W takim przypadku pielęgniarka powinna zachęcać go do częstego wypoczynku, do oszczędzania sił, do przyjmowania większej ilości płynów oraz stosowania lekkiej diety. Brak apetytu jest częstym objawem niepożądanym leczenia. Pielęgniarka powinna pouczać pacjenta o konieczności spożywania małych posiłków, odpowiednio urozmaiconych.

Pielęgniarka powinna poinformować pacjenta o możliwości pojawienia się objawów niepożądanych, które mogą wystąpić po upływie tygodni, miesięcy lub lat od zakończenia terapii. Takie wyjaśnienia zmniejszają strach pacjenta przed nawrotem choroby. Wskazane jest pouczenie pacjenta o konieczności szybkiego zgłaszania zmiany samopoczucia. Należy poinformować o konieczności unikania zakażenia, ekspozycji na zmiany temperatury (słońce).

Opieka pielęgniarska po terapii cytostatykami polega przede wszystkim na obserwacji pacjenta pod kątem wystąpienia objawów niepożądanych. Zadaniem pielęgniarki jest zapewnienie optymalnych warunków do odpoczynku oraz kontrola samopoczucia psychicznego.

Personel pielęgniarski sprawujący opiekę nad pacjentem poddanym chemioterapii zna podstawowe potrzeby i problemy mogące wystąpić u chorych otrzymujących leki cytostatyczne. Świadoma współpraca personelu z pacjentami, zrozumienie przez pacjenta zasad chemioterapii są niezbędne, aby zapobiec występującym objawom niepożądanym. W niektórych przypadkach prawidłowa współpraca może ograniczyć te objawy oraz zminimalizować lęk towarzyszący terapii. Podejmowanie działań edukacyjnych przez pielęgniarki wobec rodziny pacjenta przygotowuje ją do opieki nad chorym w warunkach domowych.

Właściwa współpraca personelu z pacjentami i ich rodzinami w zakresie rozpoznawania potrzeb chorego, ich zaspokajania, rozwiązywanie problemów, a także w zakresie działań edukacyjnych umożliwiają zapewnienie pacjentom profesjonalnej i bezpiecznej opieki. ■

dr n. med. **Anna Koper**
mgr **Zofia Jędrusiak**
Centrum Onkologii im.
prof. F. Łukaszczyka w Bydgoszczy

Przedruk z Biuletynu Informacyjnego
OIPiP w Bydgoszczy nr 5 – 6/2006

Człowiek stanowi jedność psychofizyczną, co oznacza, że wszystko, co jednostka przeżywa, wpływa na funkcjonowanie organizmu, a z drugiej strony, że każde zaburzenie w czynnościach ustroju odbija się na stanie psychicznym i zachowaniu człowieka.

Białaczka

wpływ choroby

Białaczka jako choroba nowotworowa bardzo intensywnie wpływa na stan psychiczny i zachowanie człowieka. W czasie konfrontacji pacjenta z wielkim emocjonalnym stresem spowodowanym ciężką chorobą dochodzi do manifestowania dużej ilości reakcji emocjonalnych, nawet w najbardziej stabilnej i dobrze przystosowanej osobowości.

Nazwa białaczka odnosi się do grupy chorób nowotworowych układu krwiotwórczego, charakteryzujących się nieprawidłową proliferacją, dojrzewaniem i uwalnianiem krwinek białych ze szpiku kostnego i innych tkanek układu krwiotwórczego, naciekami narządowymi i obecnością niedojrzałych postaci tych komórek we krwi obwodowej. Termin *leukemia* zaczerpnięty z języka greckiego (*leukos* znaczy biały a *haima* – krew) został użyty do określenia tej choroby przez europejskich lekarzy w XIX wieku.

Etiologia białaczek nie jest wyjaśniona. Bierze się pod uwagę następujące czynniki:

1. Predispozycje genetyczne.
2. Czynniki infekcyjny natury wirusowej.
3. Udział tzw. promotorów:
 - a) natury fizycznej (np. promieniowanie jonizujące),
 - b) natury biologicznej (mikotoksyny),
 - c) natury chemicznej (nitrozoaminy, pestycydy, benzen, itd.).
4. Stan czynnościowy układu immunologicznego.

W zależności od przewagi różnych morfologicznie rodzajów komórek ulegających patologicznemu rozrostowi rozróżnia się wiele postaci białaczek:

1. Ze względu na obraz i przebieg kliniczny białaczki dzieli się na:

- białaczki ostre,
- białaczki przewlekłe.

Białaczki ostre charakteryzują się proliferacją głównie komórek blastycznych, które utraciły zdolność różnicowania się i dojrzewania. Natomiast białaczki przewlekłe proliferacją głównie komórek dojrzałych.

2. W zależności od pochodzenia i charakteru komórek proliferujących wyróżnia się dwa zasadnicze typy:

- białaczki szpikowe,
- białaczki limfatyczne.

Opieka nad cierpiącymi z powodu chorób nowotworowych jest trudna dla całego zespołu terapeutycznego. Każdy proces nowotworowy wiąże się z koniecznością przystosowania pacjenta do nowej sytuacji życiowej. Odmienność tej sytuacji wynika z częstych i długotrwałych hospitalizacji, konieczności poddawania się zabiegom diagnostycznym i kuracjom cytostatycznym. To pociąga za sobą zmianę w funkcjonowaniu pacjenta w układach rodzinnych oraz aktywności w środowisku zawodowym i społecznym. Choroba nowotworowa wywiera duży wpływ na osobowość i procesy psychiczne w sferach: poznawczej, emocjonalnej i społecznej. Najczęściej obserwowanymi cechami

u chorych na białaczkę są cechy neurasteniczne, w tym hipochondryczne. W chorobie nowotworowej dochodzi m.in. do wystąpienia zespołów depresyjnych i lękowych, w dalszej kolejności do jakościowych zaburzeń świadomości i zaburzeń psychoorganicznych.

Depresja ma bogaty obraz kliniczny obejmujący: zaburzenia sfery emocjonalnej np. obniżenie nastroju, sfery poznawczej np. negatywny obraz własnej osoby i otaczającego świata, oraz dolegliwości somatyczne np. zaburzenia snu, łaknienia, bóle głowy itp.

Chorzy tracą zainteresowanie lub przyjemność związaną ze zwykłymi życiowymi czynnościami. Mogą występować myśli o śmierci, a nawet próby samobójcze. Osobom chorym brak jest pewności siebie, czują się niezdolne do normalnego funkcjonowania w swoim dotychczasowym środowisku rodzinnym i zawodowym.

Rosenhan i Seligman wyróżniają cztery główne grupy występujących w depresji symptomów:

- emocjonalne, m.in. uczucie smutku, żalu, zmartwienie, poczucie winy, lęk, utrata zadowolenia z różnych sfer życia,
- poznawcze, osoba depresyjna ma negatywny obraz siebie, niską samoocenę, a przyszłość wydaje się jej beznadziejna,
- motywacyjne, osoby depresyjne mają problemy z mobilizacją do dzia-

na jakość życia i stan psychiczny pacjentów

łania i trudności w podejmowaniu decyzji,

– somatyczne, utrata apetytu, spadek wagi, zaburzenia snu, bóle, złe samopoczucie.

Kolejnym zaburzeniem emocjonalnym występującym u pacjentów z chorobą nowotworową, niezależnie od jej stadium jest lęk. Lęk jest to uczucie niepokoju, napięcia, zagrożenia czy trwożliwego oczekiwania. Zwykle odróżnia się go od strachu, który jest reakcją na widoczne, a więc fizyczne niebezpieczeństwo. Lęk jest odpowiedzią na ukryte i subiektywne zagrożenie.

Już samo słowo „białaczka” jest silnym bodźcem wywołującym u pacjenta lęk. Każdy człowiek doznaje emocji związanych z niepokojem czy lękiem. Odczuwamy je w sytuacjach nieznanymi, nietypowymi, a zwłaszcza niebezpiecznymi. Najsilniejszy lęk wiąże się z odpowiedzią na zagrożenie życia i zdrowia. Szczególnie lękotwórcze są więc choroby nowotworowe. Zbyt częste i długo trwające stany lękowe prowadzą do zaburzeń lękowych, w których człowiek traci panowanie nad sobą i pojawiają się dolegliwości nerwicowe.

Z badań wynika, że choroby nowotworowe, w tym i białaczki, są źródłem różnych rodzajów lęku, dołącza się do nich także lęk przed przyszłością, która dla chorych staje się coraz bardziej niepewna i nieokreślona. Lęk mogą wywoływać różne przyczy-

ny np. lęk przed śmiercią (tzw. lęk egzystencjalny), przed umieraniem (ból), przed utratą kontroli nad sobą, samotnością lub odrzuceniem przez ludzi.

Następną reakcją emocjonalną towarzyszącą chorobie nowotworowej jest gniew. Jest to reakcja uczucia na przeszkodę w realizacji celów. Może przybierać różne formy:

– gniew ogólny na niesprawiedliwość losu, pretensje do Boga,

– gniew przeniesiony, np. na personel medyczny lub rodzinę,

– gniew usprawiedliwiony, gdy choroba lub jej objawy wynikają z czyjejś winy (np. lekarza, warunków pracy lub miejsca zamieszkania),

– gniew ukryty, wyraża się negatywnym, odmową współpracy, przygnębieniem,

– gniew stłumiony, nie akceptowany przez chorego, budzący poczucie winy w razie ujawnienia.

Gniew, podobnie jak lęk, spełnia funkcje pozytywne – jest siłą mobilizującą do walki z chorobą, jest źródłem aktywności i energii. Puszczony na żywioł, bez kontroli może się jednak przeobrazić i utrwalić w formie agresji zwróconej przeciwko otoczeniu lub przeciwko sobie.

Gniew dosyć często pozostaje w ścisłym związku z poczuciem winy. Wynika ono z powszechnej tendencji do szukania winnych za wszelkie zło jakiego doświadczyliśmy. Choroba jest złem, jest zakłóceniem istniejącego

ładu, musi więc mieć swoją przyczynę. Takie przekonanie skłania do szukania powodów choroby w samym sobie lub w otoczeniu. Czasem poczucie winy bywa uzasadnione (np. u umierającego na raka płuc nałogowego palacza), innym razem wynika z przekonania, iż choroba jest karą za niewłaściwe zachowanie lub za nieakceptowane uczucie zazdrości wobec zdrowych i sprawnych. Źródłem poczucia winy może stać się przekonanie o własnej niepotrzebności, świadomość ciężaru dla otoczenia i rodziny. Takie odczucia są przejawem niedostatecznej kontroli własnych uczuć.

Sposoby radzenia sobie z problemami psychicznymi mają istotny wpływ na jakość życia pacjentów. Osoby prezentujące wolę walki żyją dłużej niż te, które cechuje postawa bierności, bezradności, braku nadziei.

Elementem nieodzownym do poprawy jakości życia chorych jest obniżenie poczucia lęku i przygnębienia oraz wzrost wiary we własne możliwości i kontrola emocji.

Chorzy, którzy skutecznie potrafią stawiać czoła chorobie żyją dłużej i jeżeli nie długość, to jakość ich życia ulega znacznej poprawie, gdyż zmagając się z chorobą są aktywni i zaradni, a nie bierni, załęknięci i przygnębieni. Pozytywna percepcja siebie pozwala zachować własną tożsamość oraz zaakceptować siebie

w roli chorego i aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia. W miarę upływu czasu chorzy uczą się lepiej opanowywać lęk m.in. poprzez szukanie wsparcia w rodzinie i najbliższym otoczeniu, co przeciwdziała narastającej apatii, rezygnacji i poczuciu osamotnienia.

W psychoterapii chorych somatycznie z niepomyślną prognozą powinno dążyć się do rozwijania pozytywnego myślenia o sobie, sprzyjającego aktywnemu zmaganiu się z chorobą, oraz tworzyć grupy wsparcia złożone z rodziny i zespołu leczącego. Współczesna medycyna dostrzega pozytywny wpływ środowiska osób bliskich choremu na poprawę jego stanu psychicznego i jakości życia. Osoby mające wsparcie w krytycznym momencie swojego życia np. w chwili rozpoznania oraz podczas leczenia nowotworu, znacznie lepiej radzą sobie niż chorzy pozbawieni wspar-

cia. Bardzo istotnym wskaźnikiem, elementem dobrej jakości życia, jest nadzieja. Określa się ją jako stan oczekiwania od przyszłości czegoś dobrego. Nadzieja zmniejsza następstwa uczuć negatywnych, mobilizuje do działania, ułatwia znoszenie trudności.

*

Na podstawie statystycznej analizy badań własnych, przeprowadzonych na grupie 80 chorych na białaczkę hospitalizowanych w Świętokrzyskim Centrum Onkologii wyłania się obraz, pokazujący działania, które mogą wpłynąć na poprawę jakości życia tej grupy chorych.

1. Informowanie rodziny o istocie choroby, zagrożeniach i konsekwencjach z nią związanych powoduje pozytywne nastawienie do chorego i leczenia, co skutkuje wymierną i zna-

czącą poprawą jakości życia zarówno chorego jak i jego bliskich.

2. Dobre kontakty rodziny i osób bliskich z chorymi, istotnie wpływają na jakość ich życia i mogą mieć znaczenie w poprawie efektywności leczenia i rokowaniu.

3. Wzbudzanie silnej motywacji do walki z chorobą, oraz przekonania o konieczności leczenia może poprawiać współpracę w leczeniu i pośrednio wpływać na lepsze rokowanie.

4. Poprawa samodzielności w zakresie funkcjonowania chorych korzystnie wpływa na poprawę jakości ich życia. ■

Literatura u autorki

mgr **Aleksandra Cieślik**
Akademia Świętokrzyska w Kielcach
Wydział Nauk o Zdrowiu

Przedruk z Biuletynu ŚIPiP
nr 11 -12 (134) /2005



Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
tel. (0-42) 630-95-59
0-784 009 277
Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

WYBIERZ DODATKOWY KURS
GRATIS

RESUSCYTACJA
AKTY PRAWNE W MEDYCYNIE
OPIEKA STOMIJNA
PRZEMOC W RODZINIE
I WIELE INNYCH!



ZAPRASZAMY NA KURSY

KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielegniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielegniarstwo rodzinne

KWALIFIKACYJNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Pielegniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki • Pielegniarstwo opieki długoterminowej
Pielegniarstwo psychiatryczne • Pielegniarstwo opieki paliatywnej • Pielegniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielegniarstwo ratunkowe

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo-oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków

SPECJALISTYCZNE DLA PIEŁĘGNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Podstawy opieki paliatywnej • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego

CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPiP W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁODZI

**PŁATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE RATY**

OIPIP w Łodzi zwraca 50% poniesionych kosztów uczestnictwa w kursach
GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 2 KURSY W JEDNYM!
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

Światowy Dzień Chorego

W długiej historii ludzkości, życie i zdrowie zawsze miało i ma największą wartość i to bez względu na kulturę, zwyczaje kulturowe czy wyznanie religijne. Natomiast starość, choroba, cierpienie czy śmierć to fakty z wszystkich zdarzeń ludzkich najpowszechniejsze, najbardziej pewne, nieuniknione, których świadomość towarzyszy człowiekowi przez całe życie.

Są one również zdarzeniami najbardziej niezwykłymi, niepojętymi, napałowymi człowieka wciąż zdumieniem i lękiem, które zmuszają go do podejmowania coraz to nowych wysiłków by je wyjaśnić, zrozumieć, zaakceptować a przede wszystkim zwalczyć. Są to również fakty znaczące dla zrozumienia i dostrzeżenia sensu szybko przemijającego życia, zdarzenia, które skupiają jak w soczewce, wszystkie dotyczące i nurtujące człowieka pytania. Stąd waga i jakiś specjalnie intensywny kolorystyczny dociekań i refleksji związany z chorobą, cierpieniem czy śmiercią, szczególnie jeśli przychodzą dni poświęcone wyłącznie chorym i cierpiącym.

Współczesne zdobycze naukowe, techniczne, medyczne osiągnęły i osiągają wysoki punkt rozkwitu, aby zaspokoić potrzeby współczesnego społeczeństwa, które boi się przemijania, zmarszczek, utraty sił fizycznych a lansowany model zdrowia, witalności i młodości, sprawia, że choroba, cierpienie i starość stały się czymś wstydliwym. Wpływ hedonizmu i utilitaryzmu w dzisiejszych czasach zdecydowanie rzutują na obraz człowieka i jego życie, gdzie życie i zdrowie rozumie się coraz bardziej

jako ideał witalności i ważny element w drodze do szczęścia, usprawiedliwiając jednocześnie wszelkie środki, którymi owe ideały mogą być osiągnięte. Jeśli więc ciało jest osłabione, bądź chore w takim stopniu, że człowiek nie może już żyć dłużej w użyteczny sposób, wtedy fizyczna egzystencja wydaje się bezwartościowa i bez jakiegokolwiek znaczenia. Słaby, chory człowiek to nie człowiek - on jest nijaki, jego życie nie przejawia argumentu jakości życia.

Współcześnie, życie ludzkie dla wielu uważane jest za wartość wtedy tylko, gdy związane jest z sukcesami i stanowi źródło przyjemności. Jeśli natomiast niesie za sobą starość, chorobę, ból, cierpienie, wtedy jawi się jako ciężar zarówno dla najbliższych, którzy wyrwani z kontekstu pogoni za szczęściem, gubią się. Natomiast dla instytucji medycznych jawi się jako problem, bo niekiedy nie da się „go naprawić”, to dylemat od którego trzeba się za wszelką cenę uwolnić. Jednak to wszystko potwierdza, iż boimy się ostatecznej przegranej, jakim jawi się nam starość czy choroba. Człowiek w swojej egzystencji, dokądkolwiek pójdzie, cokolwiek przedsięwzięmie, wszędzie napotka

nowe wyzwania, jednocześnie nowe groźby i zagrożenia a choroba, starość pozostanie nieuniknioną manifestacją tych ciągłych zmaganiań.

Boimy się nie tyle choroby i cierpienia ale przede wszystkim osamotnienia i izolacji, opuszczenia i braku zrozumienia. Obecna i przyszła medycyna znacznie pogłębi rozumienie choroby, rozwinię kontrolę nad nią, jednak jej nie wyeliminuje i nie pokona śmierci. To właśnie kontakt z ludźmi - chorymi, cierpiącymi, uświadamia nam, iż mamy ograniczony czas bytowania, zmieniając tym samym naszą hierarchię wartości. Trwanie przy chorym, wyrabia w nas poczucie odwagi i miłości, które dodają sił, gdzie nie tylko wymaga się fachowej opieki, ale bycia z nim niekiedy w milczeniu, które czasem przekracza wszelkie słowa. Ta odwaga decyduje czy zdążamy jako społeczeństwo w dobrym kierunku, traktując chorego jako osobę i uwzględniając jednocześnie jego godność. Pozwala również poznać, czy pacjent pozostaje we wspólnocie ludzkiej, otoczony przez tych, którzy go pragną mieć pośród siebie a on nie ulega stopniowej izolacji, która prowadzi do całkowitego odwrócenia naturalnego procesu choroby w sztuczną a zarazem dramatyczną sytuację. W sytuacji, w której uczestniczące osoby meczą się brakiem wzajemnej szczerości i otwartości. Niech te właśnie dni, poświęcone ludziom chorym, cierpiącym, będą dla nas czasem refleksji, który przyczynić się winien do humanizacji choroby. ■

Przedruk z Biuletynu Informacyjnego OIPiP w Rzeszowie (styczeń-luty 2007)

Tajemnica zawodowa pielęgniarek i położnych

(wybrane zagadnienia prawne)

Zawody pielęgniarki i położnej należą do grupy tzw. zawodów zaufania publicznego, których wykonywanie służyć ma realizacji zarówno interesów osób, którym bezpośrednio udzielane są świadczenia zdrowotne, jak i interesowi publicznemu.

Osobom wykonującym zawody zaufania publicznego stawia się wymagania szczególne: legitymowania się wysoką wiedzą specjalistyczną, stalego ponoszenia kwalifikacji zawodowych, przestrzegania wyższych niż przeciętne norm etycznych. Często powierzane są im wszelkie informacje dotyczące sfery życia prywatnego osób korzystających z ich usług. Informacje te stanowią tzw. tajemnicę zawodową, która może być ujawniana tylko w przypadkach i na zasadach określonych w przepisach szczególnych. Ze względu na charakter i zakres powierzanych informacji, szczególnie rolę wśród zawodów zaufania publicznego odgrywają zawody medyczne. Na pielęgniarkach i położnych – reprezentantach tych zawodów – również spoczywa obowiązek zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych przy wykonywaniu czynności zawodowych.

Regulacje dotyczące tajemnicy zawodowej pielęgniarki, położnej

Obowiązek zachowania przez pielęgniarki i położne w tajemnicy infor-

macji uzyskanych w związku z wykonywaniem czynności zawodowych, przewidziany został przede wszystkim w ustawie z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (DzU z 2001 roku, Nr 57, poz. 602 z późn. zm.) w pewnym zakresie również w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego (DzU z 1994 roku, Nr 111, poz. 535 z późn. zm.) oraz w normach o charakterze deontologicznym.

Zakres tajemnicy zawodowej wynikający z ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej

W art. 21 ust. 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej wskazano, że pielęgniarka, położna ma obowiązek zachować w tajemnicy informacje związane z pacjentem, a uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu.

Zakres podlegających ochronie informacji należy ujmować szeroko. Tajemnicą tą objęte są wszelkie informacje o pacjencie uzyskane w związku z wykonywaniem zawodu: czy to

przekazane przez samego pacjenta, samodzielnie uzyskane przez pielęgniarkę, położną w toku udzielania temu pacjentowi świadczeń zdrowotnych, czy też uzyskane przez pielęgniarkę, położną od innych – uczestniczących w procesie leczenia – pracowników medycznych.

Podkreślenia wymaga, że tajemnicą zawodową pielęgniarki, położnej objęte są również te informacje, które nie są bezpośrednio związane z korzystaniem przez pacjenta z określonych świadczeń zdrowotnych pielęgniarki, położnej, a dotyczą innych jego sfer życia np. zawodowego, stosunków osobistych i rodzinnych czy też stanu majątkowego, przy czym informacje te nie muszą dotyczyć pacjenta bezpośrednio - tajemnicą objęte są również te, które dotyczą np. członków jego rodziny.

Tajemnicą zawodową związane są również zawody w jakiegokolwiek formie prawnej: czy to wykonujące go we własnym imieniu i na własny rachunek w ramach indywidualnej czy grupowej praktyki, czy to na rzecz podmiotów innych: na podstawie umowy o pracę czy umowy cywilnoprawnej.

Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej nie jest związany żadnymi ramami czasowymi – nie przestaje wiązać pielęgniarki, położnej nawet po śmierci pacjenta (art. 21, ust. 3 ustawy). Nie ma on jednak charakteru bezwzględny. Istnieją bowiem takie sytuacje, kiedy pielęgniarka, położna ma prawo ujawnić informacje objęte tajemnicą zawodową. Okoliczności te określone zostały jednak w sposób wyczerpujący a ich katalog nie może być rozszerzany.

Zgodnie z art. 21 ust. 2 ustawy, możliwość ujawnienia informacji, objętych tajemnicą zawodową pielęgniarki, położnej istnieje jedynie w następujących przypadkach:

- gdy tak stanowią odrębne przepisy,
- gdy zachowanie tajemnicy może stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta lub innych osób,
- gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyraża zgodę na ujawnienie tajemnicy,
- gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń,
- gdy jest to niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych,
- gdy jest to niezbędne dla celów naukowych.

Pierwsza określona powyżej grupa przypadków obejmuje sytuacje, gdy przepisy inne – niż ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej – pozwalają czy też nakazują pielęgniarkę, położną na ujawnienie informacji objętych tajemnicą. Taki obowiązek udostępnienia informacji wynika np. z art. 180 § Kodeksu postępowania karnego, dotyczącego występowania w procesie karnym w charakterze świadków m.in. osób obowiązanych do zachowania tajemnicy związanej z wykonywaniem zawodu (a więc również pielęgniarek i położnych). Przepis ten stanowi, że osoby obowiązane do zachowania tajemnicy służbowej lub tajemnicy

związanej z wykonywaniem zawodu lub funkcji mogą odmówić zeznań co do okoliczności, na które rozciąga się ten obowiązek, chyba że sąd lub prokurator zwolni je od obowiązku jej zachowania. Jeżeli zatem toczy się postępowanie karne a pielęgniarka, położna wzywana jest do składania zeznań w charakterze świadka, przysługuje jej prawo do odmowy ich złożenia, jeżeli obejmować mają one informacje o pacjencie uzyskane w trakcie wykonywania czynności zawodowych. Jedynie też mocą decyzji sądu lub prokuratora może zostać ona zwolniona z obowiązku zachowania tej tajemnicy.

Pielęgniarka, położna nie ma obowiązku zachowania tajemnicy, jeżeli jej zachowanie mogłoby stanowić niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta albo innych osób. Chodzi tutaj w szczególności o takie sytuacje, kiedy zły stan zdrowia pacjenta (np. zarażonego wirusem HIV) może mieć istotny wpływ na zdrowie lub życie innych osób, sam zaś pacjent nie decyduje się ujawnić tych informacji osobom, dla których może to mieć istotne – z powodu tychże okoliczności – znaczenie (np. swojemu małżonkowi). Podkreślenia wymaga, że informacje te pielęgniarka może ujawnić nie tylko wówczas, gdy posiada pewność, że istnieje realne niebezpieczeństwo dla życia lub zdrowia pacjenta albo innych osób. Wystarczającym dla ujawnienia tajemnicy jest potencjalne istnienie takiej możliwości.

Pielęgniarka, położna jest zwolniona od obowiązku zachowania tajemnicy również wówczas, gdy pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy wyrazi na to zgodę. To sami pacjenci bowiem lub ich przedstawiciele ustawowi są dysponentami informacji objętych tajemnicą zawodową pielęgniarki, położnej i ich zgoda zawsze zwalnia pielęgniarkę, położną – depozytariusza tej tajemnicy – z obowiązku jej zachowania. Zgoda ta wyrażona powinna zostać w sposób wyraźny,

w żaden sposób nie należy jej domniemywać.

Możliwość odstąpienia przez pielęgniarkę, położną od zachowania tajemnicy zawodowej istnieje również wtedy, gdy zachodzi potrzeba przekazania niezbędnych informacji o pacjencie związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych osobom uczestniczącym w udzielaniu tych świadczeń (np. lekarzowi lub innym uprawnionym pracownikom medycznym). Wyjaśnienia wymaga, że chodzi tutaj wyłącznie o informacje niezbędne dla prowadzenia dalszego procesu leczenia pacjenta. Przekazanie zatem uzyskanych informacji związanych np. ze sferą życia osobistego osoby korzystającej ze świadczeń zdrowotnych pielęgniarki, położnej, należałoby uznać – jako pozbawione charakteru celowości – za naruszenie nakazu zachowania tajemnicy zawodowej. Pamiętać należy też, że informacje objęte zakresem tajemnicy zawodowej mogą być przekazane wyłącznie osobom uczestniczącym w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Przekazanie zatem tych informacji osobom innym – nawet pracownikom medycznym zatrudnionym w tym samym zakładzie opieki zdrowotnej – nie uczestniczącym jednak bezpośrednio w procesie udzielania danej pacjentowi świadczeń zdrowotnych, również stanowi naruszenie tej tajemnicy.

Pielęgniarka, położna może odstąpić od zachowania tajemnicy zawodowej, gdy będzie to niezbędne do praktycznej nauki zawodów medycznych lub niezbędne dla celów naukowych. Cele dydaktyczne i naukowe mogą być jednak podstawą zwolnienia z tajemnicy tylko wówczas, gdy ujawnienie informacji na te potrzeby będzie miało charakter zbędny. Powołane się na te okoliczności będzie z zasady możliwe jedynie wówczas, gdy działalność pielęgniarki, położnej związana jest z prowadzeniem działalności dydaktycznej lub naukowej – w praktyce zatem wyłącznie

w jednostkach organizacyjnych, które zajmują się prowadzeniem tego typu działalności.

W szczególności sposób uregulowano w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej, zasady podawania przez pielęgniarkę, położną do publicznej wiadomości danych umożliwiających identyfikację pacjenta. Artykuł 21 ust 4 ustawy wskazuje, że jest to możliwe wyłącznie po uzyskaniu zgody pacjenta. Żadne zatem inne okoliczności nie mogą uzasadniać publicznego udostępnienia tychże danych.

Tajemnica zawodowa a prowadzenie dokumentacji medycznej w ramach indywidualnej, grupowej praktyki

Zgodnie z art. 20, ust. 4 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej, pielęgniarka, położna udzielająca świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki lub grupowej praktyki pielęgniarek, położnych, ma obowiązek prowadzenia indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta.

W sytuacji takiej może ona uzyskać i przetwarzać następujące dane osobowe pacjenta:

- nazwisko i imię (imiona),
- datę urodzenia,
- oznaczenie płci,
- adres zameldowania lub pobytu,
- numer PESEL, jeżeli został nadany, w przypadku noworodka – numer PESEL matki, w przypadku osób, które nie mają nadanego numeru PESEL
- rodzaj i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość,
- w przypadku gdy pacjentem jest osoba małoletnia – nazwisko i imiona jej rodziców lub jej przedstawiciela ustawowego, adres ich zameldowania lub pobytu,
- dane o stanie zdrowia oraz udzielonych przez pielęgniarkę, położną świadczeniach zdrowotnych.

Ujawnieniem wiadomości stanowiącej tajemnicę zawodową, w rozu-

mieniu art. 266 § k.k. będzie tylko takie zachowanie, które polegać będzie na udzieleniu tej wiadomości innej osobie, nieupoważnionej do zaznajomienia się z nią z racji zajmowanego stanowiska. Sposób ujawnienia informacji może być dowolny. Przede wszystkim polegać może na wypowiedzi ustnej, ujawnieniu dokumentacji medycznej czy nawet na użyciu określonego gestu lub znaku. Ujawnieniem tajemnicy pielęgniarki, położnej jest zatem każde zachowanie, które prowadzi do tego, że inna osoba zapozna się z informacją objętą tajemnicą.

Obok ujawniania informacji objętych tajemnicą pielęgniarki, położnej karalne jest także wykorzystywanie takich informacji. Może polegać ono na uczynieniu z nich użytku pozwalającego na uzyskanie wymiernych korzyści, zarówno materialnych, jak i o charakterze niematerialnym.

Przestępstwo z art. 266 § 1 k.k. jest przestępstwem umyślnym, co oznacza, że aby pociągnąć pielęgniarkę, położną do odpowiedzialności karnej, należy udowodnić jej, że dokonała świadomego i zarazem celowego przekazania informacji o pacjencie, albo co najmniej zdawała sobie sprawę z tego, że jej zachowanie prowadzi będzie do ujawnienia informacji objętej tajemnicą i mimo to godziła się na taką sytuację.

Przestępstwo ujawnienia tajemnicy pielęgniarki, położnej ścigane jest na wniosek pokrzywdzonego. Ujawnienie tajemnicy zawodowej pielęgniarki, położnej godzi w dobro pacjenta, a zatem to pacjent uprawniony będzie do wystąpienia z wnioskiem o ściganie. Po złożeniu wniosku, postępowanie prowadzone już jest przez właściwe organy z urzędu.

Popętnienie przestępstwa ujawnienia tajemnicy z art. 266 § K.k. zagrożone jest karą grzywny, ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2. sąd może wobec osoby naruszającej tajemnicę zawodową orzec również środek karny w posta-

ci czasowego zakazu wykonywania zawodu na okres od jednego roku do lat 10.

Tajemnica zawodowa pielęgniarki, położnej w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej

Obowiązek poszanowania zasad tajemnicy zawodowej został również w Kodeksie etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, przyjętym przez IV Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w dniu 9 grudnia 2003 roku.

Już w części wstępnej Kodeksu wskazano, że pielęgniarka, położna powinna okazywać pacjentom należyte szacunek, nie nadużywać ich zaufania oraz przestrzegać tajemnicy zawodowej. Kodeks precyzuje również zakres informacji objętych tajemnicą zawodową. Wskazuje, że pielęgniarka, położna zobowiązana jest do zachowania w tajemnicy wszystkich – uzyskanych w związku z pełnieniem roli zawodowej – wiadomości o pacjencie i jego środowisku (rodzinnym, społecznym).

Z obowiązkiem zachowania tajemnicy zawodowej wiąże się spoczywający na pielęgniarce, położnej obowiązek dokładnego dokumentowania swojej działalności zawodowej i zabezpieczenia dokumentów. Kodeks akcentuje również, że przekazywanie przez pielęgniarkę, położną informacji o stanie zdrowia pacjenta innym członkom zespołu terapeutycznego nie stanowi naruszenia tajemnicy zawodowej.

Należy zauważyć, iż Kodeks etyki zawodowej polskiej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej w dosyć ogólnikowy sposób uregulował zagadnienie tajemnicy zawodowej pielęgniarek i położnych. W dosyć szczątkowy i zarazem nie do końca zgody z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej sposób określił również przypadki ujawniania tej tajemnicy.

Ujawnienie tajemnicy zawodowej a odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych

Zachowanie naruszające tajemnicę zawodową, może uznane zostać za przewinienie zawodowe i niezależnie od odpowiedzialności karnej, skutkować odpowiedzialnością zawodową przed organami samorządu zawodowego.

Odpowiedzialność ta oparta została na przepisach ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (DzU z 1991 roku, Nr 47, poz. 178 z późn. zm.).

W myśl jej art. 9 pkt 1, członkowie samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych obowiązani są m.in. postępować zgodnie z zasadami etyki zawodowej. Zgodnie zaś z art. 38 ustawy, podlegają oni odpowiedzialności zawodowej przed sądami pielęgniarek i położnych za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz za zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

Sąd pielęgniarek i położnych za przypisane pielęgnowanie, położnej przewinienie zawodowe orzec może karę upomnienia, nagany, zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w zakładach służby zdrowia na okres od 1 do 5 lat, zawieszenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki, położnej na okres od 6 miesięcy do 3 lat, czy w końcu karę pozbawienia wykonywania zawodu (najbardziej dotkliwą, uniemożliwiającą bowiem wykonywanie w przyszłości zawodu w jakiegokolwiek formie organizacyjno-prawnej).

Obowiązek zachowania tajemnicy zawodowej a praktyka

Pielęgniarki, położne nie są jedynymi świadczeniodawcami, na których spoczywa obowiązek zachowania w tajemnicy informacji uzyskanych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. W różnym zakresie obowiązek ten spoczywa również na innych pracownikach medycznych. Stąd problem tajemnicy zawodowej uregulowany został również np. w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (DzU z 2002 roku, Nr 21, poz. 204 z późn. zm.) czy też w ustawie o ochronie zdrowia psychicznego.

Pomimo dosyć precyzyjnych uregulowań dotyczących zakresu i zasad ujawniania tajemnicy zawodowej, w praktyce nadal dość częstym zjawiskiem jest lekceważący do nich stosunek pracowników medycznych, czy wręcz powszechne ich łamanie.

Właściwym byłoby nawet stwierdzenie, że ujawnianie tajemnicy zawodowej, wynikającej przecież nie tylko z norm o charakterze deontologicznym, ale i również z norm prawnych nie stanowi wyjątku, a jest raczej regułą.

Wszystkim wiadome jest przecież, że ujawnianie danych medycznych członkom rodziny osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych (czego pacjenci nie zawsze przecież mogą sobie życzyć), a nawet każdej osobie zainteresowanej – także przez telefon – ma charakter powszechny. Problemy zdrowotne pacjentów bywają przedmiotem rozmów pomiędzy per-

sonelem medycznym, nawet w sytuacji, gdy nie wynika to z konieczności ustalenia właściwego procesu leczenia. Co bardziej istotne zdarza się jednak, że są one ujawniane również osobom trzecim.

Oczywistymi przykładami naruszenia w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej prawa pacjentów do ochrony ich danych medycznych są przypadki przeprowadzania badań i wywiadów pacjentów w salach wieloosobowych, swobodny obieg danych medycznych w trakcie pobytu pacjenta w zakładzie opieki zdrowotnej, jak i po jego wypisaniu, przechowywanie dokumentacji medycznej bez należytego jej zabezpieczenia (przejawem czego może być chociażby tak powszechnie stosowana praktyka, jak umieszczanie karty gorączkowej, zawierającej dane osobowe pacjenta oraz przyjmowane przez niego leki, tuż przy jego łóżku, a więc w miejscu umożliwiającym praktycznie każdej osobie zapoznanie się z treścią karty).

Pomimo powszechności wskazanych wyżej sytuacji, wydaje się jednak oczywistym, że wzrastająca świadomość pacjentów, coraz częściej domagających się przestrzegania swoich praw, w krótkim już czasie pozwoli zmienić stosunek pracowników medycznych i przede wszystkim kierownictwa zakładów opieki zdrowotnej, do obowiązku zachowywania w tajemnicy wszelkich informacji uzyskanych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. ■

Przedruk z Biuletynu OIPIP w Katowicach – sierpień 2005

ogłoszenie płatne

ZOZ z okolic Skierniewic
zatrudni położną lub pielęgniarkę
tel. 0 604 358 831

Ciąża bliźniacza cz. 2

Wpływ ciąży bliźniaczej

W trakcie ciąży w organizmie kobiety zachodzą zmiany przystosowujące ją do nowej sytuacji. Pozwalają one na najlepszy, możliwy rozwój płodu. Kiedy w jej macicy rozwijają się dwa płody, to jej organizm jest jeszcze bardziej obciążony niż przy rozwoju jednego dziecka i musi dokonać jeszcze więcej zmian adaptacyjnych.

Organizm kobiety musi poradzić sobie ze znacznie powiększoną macicą, która już w 25 tygodniu ciąży może mieć wielkość macicy z ciążą pojedynczą w terminie porodu. W terminie porodu macica z ciążą bliźniaczą może mieć 2 razy większą pojemność niż z ciążą pojedynczą (2 płody, 2 razy więcej płynu owodniowego). Także szyjka macicy musi przystosować się do ciąży bliźniaczej. Jej długość ulega zmniejszeniu o około 0,8 mm na tydzień. Aby zapewnić utrzymanie ciąży muszą zajść zmiany w układzie krążenia dla zapewnienia odpowiedniego zaopatrzenia w tlen. Wzrasta wtedy pojemność minutowa serca (najszybciej w II trymestrze ciąży), wzrasta także objętość krwi krążącej. W dolnej połowie ciała dochodzi do wzrostu ciśnienia żylnego i pojawiają się obrzęki. W układzie oddechowym także zachodzą zmiany. Duża macica podnosi przeponę, jednak w ciąży zwiększa się objętość oddechowa i częstość oddechów. Układ pokarmowy reaguje na ciążę

bliźniaczą częstszym pojawianiem się niepowściągliwych wymiotów ciężarnych. Zmniejszają się także ruchy perystaltyczne jelit i żołądka, zwiększa się kwaśność soku żołądkowego. Dużo zmian zachodzi także w krwi ciężarnej. Zwiększa się objętość osocza od 20 tygodnia ciąży. Wzrost jest o 20 procent większy niż w ciąży pojedynczej. O 15 - 20 procent wzrasta liczba erytrocytów. Bardzo wzrasta zapotrzebowanie na żelazo. Wzrasta ilość płytek krwi i synteza czynników krzepnięcia w wątrobie. Pojawia się w ciąży bliźniaczej wzrost insulinooporności, a stężenie glukozy i insuliny we krwi jest niższe niż w ciąży pojedynczej. Adaptacja organizmu matki jest znaczna i fizjologiczna. Jednak w ciąży bliźniaczej mogą pojawić się problemy, którym organizm matki nie jest w stanie sprostać. Bardzo duży wpływ na to ma stan zdrowia matki przed zajściem w ciążę, ale także jej wiek, przeszłość położnicza, masa ciała, czy też zastosowana metoda wspomaganie rozrodu.

Wymioty ciężarnych to zjawisko fizjologiczne w czasie ciąży. Większość badaczy wiąże je ze stężeniem gonadotropiny łożyskowej (hCG). Jednak wymioty takie mogą przerodzić się w niepowściągliwe wymioty ciężarnych co związane jest z wysokim poziomem hCG, który w ciąży bliźniaczej jest wyższy niż w pojedynczej. Stan taki jest poważnym zagrożeniem dla zdrowia matki, ponieważ wiąże się z odwodnieniem, zaburzeniami elektrolitowymi, kwasicą, ketonurią i utratą masy ciała. Stanowi to duży problem, ponieważ mimo ochronnego działania hCG na ciążę, stan matki niejednokrotnie wymaga leczenia.

Cholestaza wewnątrzwątrobowa ciężarnych występuje najczęściej w krajach Ameryki Południowej i w krajach skandynawskich.

W Europie występuje z częstością 0,1 - 1,5 procenta. Kobiety, u których występuje mają zaburzoną przemianę estrogenów i wydalanie ich produktów. W ciąży bliźniaczej może być ten proces bardziej nasilony, ponieważ wyższa jest ich produkcja. Objawy mogą się więc pojawić wcześniej i być bardziej nasilone. Głównym objawem będzie świąd skóry, a w odstępie 1 do 4 tygodni może pojawić się żółtaczka o niedużym nasileniu. We krwi podwyższa się znacznie poziom fosfatazy zasadowej i stężenie kwasów żółciowych. Najczęściej ciężarna kobieta czuje się dobrze jednak stwierdzono, że ta

a matkę i dzieci

choroba może zwiększać ryzyko dla dzieci. W 60 procentach przypadków tej choroby może wystąpić poród przedwczesny.

Ostre stłuszczenie wątroby ciężarnych w ciąży występujące rzadko, ale jest bardzo groźnym powikłaniem. Choroba rozwija się przeważnie w trzecim trymestrze ciąży, jednak częściej rozwija się w ciąży wielopłodowej. Powstawanie jej jest nieznanne, a ryzyko zgonu w zależności od autorów dla matki wynosi od 7 do 75 procent, dla dzieci od 9 do 71 procent. Objawy nie są charakterystyczne dla tej choroby: bóle głowy i brzucha, nudności i wymioty, złe samopoczucie. Po kilku dniach pojawia się żółtaczka, hipoglikemia, koagulopatia, oliguria, encefalopatia. Zaczynają występować obrzęki, nadciśnienie tętnicze i białkomocz, często dochodzi do rozsianego wykrzepiania wewnątrzwątrobowego (DIC), zapalenia trzustki. Na koniec dochodzi do śpiączki wątrobowej i uszkodzeń wielu narządów, co kończy się śmiercią. U takich pacjentek we krwi stwierdza się znacznie podwyższone wartości transferaz, hipoglikemię oraz zwiększone stężenie bilirubiny. Zakończenie ciąży u kobiet z tą chorobą w ciągu 2 – 3 dni poprawia ich stan, jednak wymagają one dłuższej opieki i nadzoru, podobnie jak urodzone dzieci.

W ciąży dochodzi do powstania fizjologicznych zmian w składzie krwi.

Następuje większy wzrost objętości osocza niż masy krwinek czerwonych co powoduje „fizjologiczną niedokrwistość”. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określiła dolną granicę fizjologicznej niedokrwistości na poziomie: stężenie hemoglobiny (Hb) 11 g/dl, wartość hematokrytu (Ht) 33 procent. Niedokrwistość, szczególnie w ciąży bliźniaczej, ma wpływ na przebieg ciąży, rozwój płodów, przebieg porodu, okres połogu. Kobiecie grożą zaburzenia hormonalne, zmniejsza się odporność jej organizmu na zakażenia, może dochodzić do niewydolności serca. W trakcie porodu jej macica może reagować na ten stan nieprawidłową czynnością skurczową, a po porodzie nieprawidłowo się obkurczać. Rana po porodzie drogami natury lub cięciu cesarskim nieprawidłowo się goi. Płody takich matek mogą rodzić się wcześniej lub być poronione, mogą mieć wady rozwojowe, słabiej wzrastać, a po porodzie także mogą mieć niedokrwistość. Najczęściej w czasie ciąży bliźniaczej może dochodzić do niedokrwistości z niedoboru żelaza (niedobarwliwej), rzadziej do niedokrwistości z niedoboru kwasu foliowego (megaloblastycznej). Czasami dochodzi do niedokrwistości pokrwotocznej.

Niedokrwistość z niedoboru żelaza może być wywołana zwiększonym zapotrzebowaniem na ten pierwiastek w ciąży bliźniaczej, zaburzeniami w jego wchłanianiu i krwawienia-

mi. Często występuje u kobiet, u których rezerwy żelaza są niskie. Aby zapobiegać wystąpieniu niedokrwistości, należy zalecać pacjentce dietę bogatobiałkową, podawać witaminy, a w szczególności witaminę C. Konieczna jest także suplementacja żelaza.

W badaniach laboratoryjnych objawia się obniżonym stężeniem ferrytyny, różnicowaniem wielkości erytrocytów, wzrostem całkowitej zdolności wiązania żelaza (TIBC) i spadkiem stężenia żelaza w surowicy.

Niekiedy mimo suplementacji żelaza w badaniach laboratoryjnych nadal może uwidaczniać się niedokrwistość (w rozmazie krwi obecne makrocyty). Ten rodzaj niedokrwistości może doprowadzić do wystąpienia wad u płodów. Najczęściej wynikiem niedoboru kwasu foliowego mogą być wady cewy nerwowej, ale także rozszczepy wargi górnej i podniebienia. Rozpoznanie takiej niedokrwistości wymaga podawania kwasu foliowego.

Niedokrwistość może się także rozwijać w trakcie ciąży z powodu krwawień wywołanych łożyskiem przodującym czy przedwczesnym oddzieleniem się łożyska. Może być także skutkiem cięcia cesarskiego, którym częściej kończy się ciążę bliźniaczą. Po porodzie bliźniaczym niedokrwistość pokrwotoczna może być wywołana krwawieniami z powodu niedowładu macicy, urazami macicy i dróg rodnych, co może zdarzyć się w porodach zabiegowych oraz pozostaniem resztek łożyska.

Cukrzyca ciężarnych (GDM) to choroba, która związana jest z ciążą i może ustąpić po jej zakończeniu. Warunkuje jej powstanie insulinooporność, która pojawia się w trakcie ciąży i związana jest ze zmianami hormonalnymi w organizmie matki. Mają na to wpływ hormony wydzielane przez łożysko. Matka ponadto nie może wytworzyć dostatecznej ilości insuliny w celu zrekompensowania tego zjawiska. Ze względu na obec-

ność w organizmie kobiety w ciąży bliźniaczej większej ilości hormonów łożyskowych są one bardziej na ten rodzaj cukrzycy narażone. U kobiet z ciążą bliźniaczą częściej także stosuje się betamimetyki i kortykosterydy (zapobieganie porodowi przedwczesnemu), co także zwiększa nietolerancję glukozy. Cukrzyca ciężarnych może powodować obumarcie wewnątrzmaciczne płodu, jego niedojrzałość, nadmierny wzrost czy zaburzenia jego metabolizmu. Zaburzenia w gospodarce węglowodanowej w okresie ciąży mogą powodować w późniejszym etapie zaburzenia rozwoju psychofizycznego dzieci. U matek często ta choroba może wywoływać nadciśnienie tętnicze, nawracające zakażenia dróg moczowych, czy też rozwój cukrzycy po porodzie. W ciąży bliźniaczej częstym powikłaniem jest także wielowodzie. Ciąża bliźniacza powikłana cukrzycą jest także częściej kończona cięciem cesarskim. Obecność tylu możliwych powikłań wymaga wczesnej diagnostyki, nie tylko kontroli poziomu glukozy w trakcie pierwszej wizyty, ale także wykonania testu obciążenia glukozą. Wykryte nieprawidłowości muszą być nadal diagnozowane przez cały czas trwania ciąży, ponieważ od nich zależy sposób zakończenia porodu i stan dzieci po porodzie. Jeśli leczenie dietą nie pomaga, do terapii musi być włączona insulina, aby uchronić matkę i dzieci przed szkodliwą hiperglikemią.

Nadciśnienie tętnicze indukowane ciążą (NIC) stanowi zagrożenie dla życia matki i płodu. Występuje znacznie częściej w ciążach bliźniaczych niż pojedynczych (nadmierne rozciągnięcie mięśnia macicy i większe zapotrzebowanie na białko) oraz we wcześniejszym okresie trwania ciąży. Częściej także doprowadza do rzucajki.

Charakteryzuje się ta choroba podwyższonym ciśnieniem tętniczym (> 140/90 mm Hg), do czego mogą dołączyć się obrzęki i białkomocz.

Powoduje zmiany wielonarządowe w organizmie kobiety, gdzie zmiany zachodzą w ośrodkowym układzie nerwowym, narządzie wzroku, nerwach, wątrobie, układzie oddechowym, układzie naczyniowym. Choroba także powoduje zaburzenia hematologiczne. Rozwój choroby może doprowadzić do rzucajki, co jest częstą przyczyną umieralności okołoporodowej matek. U płodów kobiet z nadciśnieniem tętniczym bardzo często dochodzi do ograniczenia wewnątrzmacicznego wzrostu i porodu przedwczesnego. W rzucajce może dojść do przedwczesnego oddzielenia się łożyska. Nadciśnienie tętnicze jest też główną z przyczyn wewnątrzmacicznego obumarcia płodów. Zakończenie ciąży powoduje ustąpienie objawów choroby. Problemem staje się rozważenie, kiedy zakończyć ciążę, ponieważ często NIC rozwija się już we wczesnej ciąży i mimo ograniczenia aktywności fizycznej, diety i leczenia farmakologicznego nadal postępuje. Jedynym możliwym rozwiązaniem jest stały nadzór nad matką i dziećmi oraz w wypadku zagrożenia podjęcie decyzji o zakończeniu ciąży.

Kobiety po zakończeniu ciąży wielopłodowej są zdecydowanie bardziej narażone na zakażenia. Przyczyną ich są bakterie zarówno tlenowe jak i beztlenowe, które mogą wywoływać zakażenia ran krocza, pochwy, błony śluzowej macicy, przymaciczy, przydatków i otrzewnej. Sprzyjają powstawaniu zakażeń takie czynniki, jak: przedwczesne pęknięcie pęcherza płodowego, przedłużający się poród, liczba prowadzonych badań wewnętrznych czy zanieczyszczenie rany florą bakteryjną z odbytnicy. W ciąży bliźniaczej dochodzi do tego jeszcze kilka elementów. Pierwszy z nich, to wolniejsze obkurczanie się mięśnia macicy, spowodowane jego wielkością i rozciągnięciem w trakcie ciąży. Następny to niedokrwistość spowodowana większą utratą krwi w czasie porodu, głównie w jego trzecim

okresie, istnieniem niedokrwistości w ciąży lub krwotokami spowodowanym wolniejszym obkurczaniem się mięśnia macicy lub jego niewydolnością, szczególnie jeśli nałoży się na to nadciśnienie tętnicze. Także ważnym czynnikiem dla powstawania zakażeń połogowych w ciąży bliźniaczej jest cięcie cesarskie, którym kończy się większość ciąż bliźniaczych.

Ciąża bliźniacza stawia przed kobietą wiele problemów natury psychologicznej. Kobiety nie są przygotowane na to, że zostaną matkami dwójki dzieci. Często samo zajście w ciążę jest dla nich sytuacją nieoczekiwaną, nową. Kiedy rozpoznana zostaje ciąża bliźniacza, a najczęściej dzieje się to w trakcie badania ultrasonograficznego, to kobiety są w szoku. Kiedy szok mija mogą pojawić się ambiwalentne uczucia w stosunku do takiej ciąży, z jednej strony kobieta cieszy się, że będzie miała dwójkę dzieci, ale z drugiej zastanawia się czy poradzi sobie z dwójką dzieci. Czasami strach jest u niej uczuciem dominującym. Kobieta zadaje sobie pytania o to jak otoczenie zaakceptuje jej dzieci, czy będzie potrafiła dzieci pielęgnować i karmić, czy starsze dzieci przystosują się do nowej sytuacji.

Rozwijająca się ciąża powoduje u kobiety oswojenie się z myślą o dwójce dzieci. Kobieta zaczyna poszukiwać informacji o opiece nad bliźniętami. Kiedy zaczyna czuć pierwsze ruchy, to zaczyna się między nią a dziećmi tworzyć szczególną więź. Kobiety, które wiedzą, że są w bliźniaczej ciąży i zaczęły już zdobywać o niej wiedzę zaczynają bać się o jej przebieg. Zdają sobie sprawę, że jest wiele problemów medycznych, które mogą dotyczyć jej i jej dzieci, które mogą zakończyć ciążę niepowodzeniem (śmiercią jednego lub obu bliźniąt) lub spowodować urodzenie wcześniaków. Strach ten towarzyszy im do końca ciąży. Im bliżej końca ciąży tym bardziej kobiety zaczynają bać się jej zakończenia. Część kobiet nastawia się na poród drogami natu-

ry i bardzo jest zawiedziona jeśli ciąża musi być rozwiązana cięciem cesarskim. Część kobiet już wcześniej zna sposób zakończenia ciąży i te bardziej boją się o swój stan po porodzie. Dla większości kobiet ciąża bliźniacza to nie tylko konieczność zmiany dotychczasowego trybu życia lecz także obawa, że podwójne macierzyństwo to pogorszenie jej statusu ekonomicznego.

Szczególne obawy i napięcia towarzyszą kobiecie, w której rodzinie istnieją nieprawidłowe relacje małżeńskie, które są w złej sytuacji społecznej, którą nie wspierają osoby bliskie, a w szczególności samotnej matce.

W ciążach, w których dochodzi do powikłań medycznych, kiedy kobieta dowiaduje się o wadach płodu, to jej psychika zaczyna być bardzo obciążona. Szczególnym stresem psychicznym dla kobiety mającej ciążę bliźniaczą, w której jedno z bliźniąt obumarło jest świadomość, że „nosi” obumarły płód. Jest to dla kobiety szczególnie traumatyczna sytuacja.

Każde leczenie będzie budziło w niej strach, szczególnie wtedy, kiedy będzie musiała zdecydować się na proponowane postępowanie terapeutyczne wiedząc, iż każde z nich może być obarczone niekorzystnymi powikłaniami.

Istotnym problemem dla matek jest moment wypisu ze szpitala, kiedy to musi przestawić się na życie w domu z dwojgiem dzieci, kiedy musi zorganizować całe swoje życie tak, aby móc zapewnić dzieciom opiekę. Wiele kobiet po porodzie bliźniaczym usiłuje karmić piersią, co wytwarza między nimi a dziećmi bardzo bliską więź emocjonalną. Niestety wiele kobiet przy jakichkolwiek kłopotach rezygnuje z karmienia swoich dzieci piersią, ponieważ technika karmienia bliźniaków nie jest łatwa do opanowania i samo karmienie zabiera dużo czasu. Jednak matki, którym się udało karmić swoje dzieci piersią są z tego bardzo dumne. Często matki

po porodach bliźniąt są bardzo wrażliwe na stan zdrowia swoich dzieci i dla uspokojenia swoich obaw bardzo chętnie zawożą swoje dzieci na wizyty kontrolne do lekarzy specjalistów. Kobiety, które urodziły wcześniaki jeszcze chętniej uczestniczą w badaniach profilaktycznych, aby uspokoić swoje zdenerwowanie. Szczególne przewrażliwienie na punkcie zdrowia swoich bliźniąt wykazują kobiety, u których zastosowano techniki wspomaganego rozrodu, które tyle wysiłku włożyły w to, aby mieć dzieci. Kobiecie po porodzie bliźniąt przez wiele miesięcy towarzyszy zmęczenie, nadwyręża jej psychikę płaczem dziećmi i w związku z tym częściej niż u kobiet, które mają jedno dziecko może dojść do kryzysów emocjonalnych, obniżenia nastroju. Czasami prowadzi to do niewydolności emocjonalnej i znęcania się nad bliźniętami.

Płody w ciąży bliźniaczej mogą być narażone na powstanie wielowodzia. Wiąże się to najczęściej z zespołem przetoczenia krwi między płodami i może grozić rozbieżnym wzrostem wewnątrzmacicznym płodów, nieimmunologicznym obrzękiem płodu i zgonem wewnątrzmacicznym. Ponadto bliźnięta po porodzie są w złym stanie. Przyczyną wielowodzia w ciąży bliźniaczej mogą być także wady płodów, które dotyczą układu pokarmowego, mózgowo-płciowego, ale także kostno-mięśniowego czy ośrodkowego układu nerwowego. Wielowodzie w ciąży bliźniaczej zwiększa ryzyko wystąpienia porodu przedwczesnego, co zwiększa ryzyko powikłań wywołanych wcześniactwem. Może także wywołać niedotlenienie wewnątrzmaciczne płodów. Zwiększa się także ryzyko przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego i wypadnięcia pępowiny oraz ryzyko przedwczesnego oddzielenia łożyska. Ważnym problemem jest wczesne rozpoznanie wielowodzia i wykrycie jego przyczyn, co umożliwia wybór postępowania terapeutycznego i wyeliminowanie zagrożeń dla bliźniąt.

Postępowanie lecznicze ma także zapobiec zaburzeniom w układzie krążeniowo-oddechowym matki i bliźniąt.

Ryzyko wystąpienia wewnątrzmacicznego ograniczonego wzrastania płodów (IUGR) w ciąży bliźniaczej jest większe niż w ciąży jedнопłodowej. Doprowadzić do tego może zaburzenie funkcji łożyska prowadzące do jego niewydolności. Istnieje hipoteza, która mówi, że krążenie w macicy może odżywić płody o wspólnej masie 3000 g, a później ich wzrost zaczyna zwalniać. Obserwuje się niską masę urodzeniową przy obecności prawidłowego obwodu główki i długości ciała. Ograniczenie wzrastania płodów powoduje zwiększenie umieralności okołoporodowej. Częściej też jest przyczyną porodów przedwczesnych, niedotlenienia i kwasicy wewnątrzmacicznej. W trakcie porodu pojawić się może zespół aspiracji smółki. Po porodzie bliźnięta z ograniczonym wzrostem narażone są na kwasicę, hipoksję, hipoksemię, hipoglikemię, hiponatremię, hipokalcemię i hipotermię. Do tego często występuje policystemia. Autorzy donoszą także, że dalszy rozwój dzieci może być opóźniony (rozwój neurologiczny i intelektualny). Problemem jest także to, że mimo tak niekorzystnych skutków dla płodu wewnątrzmaciczne ograniczenie wzrastania płodów nie poddaje się leczeniu. Wszystkie podejmowane próby terapii nie dają oczekiwanych rezultatów.

Psychologicznym problemem dotyczącym bliźniąt jest ich indywidualność. Otoczenie bliźniąt zwykle się nimi fascynuje, szczególnie dotyczy to bliźniąt identycznych. Rodzice często wychodzą naprzeciw takim reakcjom. Niestety z biegiem czasu bliźnięta mogą dochodzić do przekonania, że źródłem ich atrakcyjności jest identyczność i to podkreślana przez identyczny ubiór. Jeśli takie zachowania przetrwają do dorosłości, a bliźnięta nie będą potrafiły wytworzyć

związków emocjonalnych z innymi osobami oprócz samych siebie, to nie jest pożądany stan.

U bliźniąt rozwijają się silne osobowości związane z posiadaniem bliźniaczego rodzeństwa, wcześniej uniezależniają się od rodziców i zdolne są do współpracy, lojalności i szlachetności nie tylko wobec siebie wzajemnie, ale także w stosunku do innych.

Aby rozwój bliźniąt następował prawidłowo rodzice powinni unikać przesadnego podkreślania bliźniaczości swoich dzieci. Powinni powstrzymać się od nazywania ich bliźniakami i zwracać się do nich po imieniu. Rodzice powinni częściej rezygnować z ubierania ich jednakowo, wcześniej i regularnie powinni zapoznawać bliźnięta z innymi dziećmi i pozwalać na osobne nawiązywanie przyjaźni. Jednak nie powinni na siłę ich rozdzielać. Dopiero w wieku szkolnym, kiedy jedno z bliźniąt stało się całkowicie zależne od drugiego w nauce szkolnej rozsądnym wyjściem jest wysłanie ich do różnych klas lub szkół.

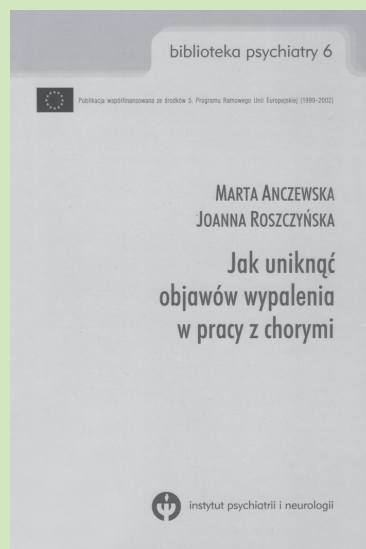
Bliźnięta mogą także wykształcić własny język porozumiewania się ze sobą (spojrzenia, gesty, pomruki, obco brzmiące wyrazy). Może to utrudnić nauczenie się normalnego sposobu wystawiania, a w szkole powoduje nienadążanie za resztą dzieci w szkole.

Niektórzy rodzice bojąc się faworyzowania jednego z bliźniąt na siłę usiłują przestrzegać bezstronności. Takie formalistyczne przestrzeganie zasad skupia uwagę bliźniąt na należnych im prawach i wywołuje skrępowanie ich dochodzenie. Ponadto bliźnięta nie będą miały poczucia, że są darzone miłością i będą przykro odczuwały nieszczerą wymuszoną akceptację. ■

Literatura u autora

Halina Derendarz
położna
Instytut Centrum Zdrowia
Matki Polki w Łodzi

kącik biblioteczny



Jak uniknąć objawów wypalenia w pracy z chorym

Marta Anczewska
Joanna Roszczyńska

ISBN 83-85705-75-9, format A-5, oprawa miękka, 2004

Pojęcie „zespołu wypalenia” wiąże się głównie z brakiem satysfakcji zawodowej, a dokładniej – z pracy dla innych ludzi. Zjawisko to szczególnie dotyka pracowników służby zdrowia, personel służb socjalnych i nauczycieli. Przemiany cywilizacyjne i wzrastające wymagania stawiane zawodom służb społecznych (human services) spowodowały, że reprezentanci powyższych zawodów doświadczają coraz więcej stresu, z którym trudno sobie poradzić, wyczerpują się, są chronicznie zmęczeni i coraz mniej zadowoleni z pracy. Próbując radzić sobie z tymi obciążeniami coraz bardziej dystansują się od osób, którym pomagają, które leczą i pielęgnują, z czasem tracą zaangażowanie w zawód, zmieniają go lub przechodzą na przedwczesną rentę. Te zjawiska i procesy zwykło się nazywać „wypaleniem zawodowym”. Okazuje się jednak, że stan wypalenia nie dotyczy wszystkich osób wykonujących zawody, w których tak łatwo o brak widocznych efektów. Doświadczają go osoby, które nie potrafią radzić sobie z ograniczeniami wpisanymi w pracę z innymi ludźmi. W badaniach poszukuje się odpowiedzi na pytanie, kogo bardziej dotyczy syndrom wypalenia. Nie ma na to jednoznacznej odpowiedzi. Stąd próby poszukiwania sposobów zapobiegania zjawisku braku satysfakcji w pracy z innymi ludźmi. Opracowanie to jest taką propozycją. Czytelnicy książki znajdą w nim nie tylko informacje o zjawisku wypalenia zawodowego, ale również sposoby radzenia sobie z trudnymi sytuacjami zawodowymi. ■

st. specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska



Pani Elżbieta jest przypuszczalnie osobą znaną dość dużej liczbie koleżanek ze względu na jej wieloletnią pracę w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi oraz prowadzenie licznych zajęć na kursach doskonalących i specjalistycznych.

Kącik społeczników: **Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz**

Pani Pankiewicz urodziła się w 1952 roku w Lubaniu Śląskim i tam uczęszczała do szkoły podstawowej. W 1966 roku podjęła naukę w Liceum Medycznym Pielęgniarstwa w Poznaniu. Tytuł pielęgniarki dyplomowanej uzyskała w 1972 roku w Kaliszu i podjęła pracę w Koninie na oddziale ortopedyczno-urazowym. W latach 1975 - 1979 studiowała na Wydziale Pielęgniarstwa w Akademii Medycznej w Lublinie, gdzie uzyskała magisterium z pielęgniarstwa na podstawie pracy pt. „Uwarunkowania efektywności doskonalenia zawodowego pielęgniarek”.

Już jako magister pielęgniarstwa powróciła do pracy w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie, ale na stanowisko kierownika sekcji organizacji i metodyki świadczeń.

W 1981 roku pani Pankiewicz zmieniła pracę przenosząc się do Krajowego Ośrodka Zwalczania Palenia Tytoniu przy Wojewódzkiej Sta-

cji Sanitarno-Epidemiologicznej w Łodzi. Pracowała na stanowisku kierownika oddziału profilaktyki i oświaty przeciwtytoniowej oraz sekcji dokumentacji naukowej i wydawnictw.

Po trzech latach działalności w tej instytucji przeniosła się do Zespołu Opieki Zdrowotnej w dzielnicy Łódź - Górna do działu organizacji i nadzoru jako młodszy specjalista. W latach 1984 - 1987 prowadziła wykłady z zagadnień zawodowych filozofii i etyki oraz pielęgniarstwa neuropsychiatrycznego w Liceum Medycznym Pielęgniarstwa nr 1 w Łodzi.

Coraz bardziej krystalizowały się zainteresowania pani Elżbiety w kierunku działalności naukowej. Podjęła więc decyzję o przejściu do pracy w Instytucie Medycyny Pracy (IMP) w Łodzi w 1985 roku. Dało jej to możliwość współdziałania w badaniach terenowych nad zdrowiem i pracą pielęgniarek oraz jej warunkami w placówkach przem-

słowej służby zdrowia. Włączyła się też aktywnie do udziału w zajęciach dydaktycznych na kursach doskonalących i specjalizacyjnych dla pielęgniarek środowiskowych przemysłowej służby zdrowia i kierowniczej kadry.

Brała udział w pracach redakcyjnych nad podręcznikiem dla pielęgniarek pt. „Opieka nad zdrowiem pracowników w środowisku pracy” oraz napisała rozdział do tego podręcznika na temat zagadnień z etyki. Poza tym publikowała kilkadziesiąt artykułów w różnych czasopismach zawodowych.

Po 10 latach pracy (w 1995) przeniosła się do pracy w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na stanowisko głównego specjalisty ds. merytorycznych. Zajmowała się organizowaniem szkoleń oraz pomocą w pracy komisji problemowych działających przy Okręgowej Radzie.

Trzeba podkreślić jej stałe dążenie do uzupełniania swej wiedzy

oraz ogromną życzliwość i okazywaną chęć pomocy kursantkom w udzielaniu informacji, za co była przez nie bardzo ceniona.

W latach 1999 - 2000 była wykładowcą w Akademii Medycznej w Łodzi na oddziale pielęgniarstwa z zakresu zagadnień bioetyczno-prawnych, a od 2002 roku prowadziła także zajęcia w Ośrodku Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

Ze względów zdrowotnych zakończyła pracę w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w 2003 roku.

W czasie swej działalności zawodowej była członkiem a często także pełniła obowiązki sekretarza różnych towarzystw naukowych, takich jak:

- Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Polskie Towarzystwo do Walki z Kalectwem (Konin, 1979 - 1981),
- Polskie Towarzystwo Przeciwtytoniowe (Łódź, 1981 - 1984),
- Polskie Towarzystwo Medycyny Pracy Zarząd Główny (Łódź, 1990 - 1992),
- Oddział Wojewódzki PTMP (Łódź, 1990 - nadal),
- Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej do Walki z Rakiem w Łodzi (1985 - 1995),
- Polskie Towarzystwo Pielęgniarek i Położnych, Zarząd Oddziału w Łodzi (1993 - 1997),

- Europejskie Stowarzyszenie Edukatorów - Pielęgniarek w Ochronie Zdrowia Pracujących (EUROHNET) w siedzibą w Londynie (przez 10 lat).

Poza tym mgr Elżbieta Pankiewicz pracowała w Biurze Poselskim Krystyny Ejsmont (pielęgniarki - posła), uczestniczyła w posiedzeniach komisji sejmowych, w tym w pracach nad ustawą o służbie medycyny pracy.

Od 1995 roku była zaangażowana w pracach Rady Programowej Oddziału Pielęgniarstwa AM w Łodzi. W latach 1997 - 2000 współpracowała z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie z zespołem ds. nowelizacji programów, kursów kwalifikacyjnych i specjalizacyjnych w medycynie pracy. Poczynając od 2000 roku działa w Komisji Bioetycznej istniejącej przy IMP. Pełni tam obecnie funkcję wiceprzewodniczącej.

Mimo że od kilku lat jest już na rencie, nadal żywo interesuje się sprawami zawodowymi śledząc wszystkie ukazujące się książki zawodowe i prasę profesjonalną oraz internet.

Ma doskonałą orientację w przepisach prawnych, etyce, zagadnieniach BHP, chorobach zawodowych, profilaktyce i opiece nad

zdrowiem pracowników, toteż jest często angażowana do prowadzenia zajęć z wyżej wymienionych dziedzin na różnych kursach organizowanych przez ośrodki doskonalenia w Łodzi, Koninie i innych miastach.

Dla uzupełnienia tej bogatej działalności zawodowej mgr Pankiewicz, należy ukazać również jej zaangażowanie w prace społeczne. Choć nie jest obecnie czynnym członkiem Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego wykonuje dla niego często bezinteresownie szereg tłumaczeń materiałów nadsyłanych z Międzynarodowej Rady Pielęgniarskiej oraz opiniuje merytorycznie różne materiały.

Wystąpiła też z cenną propozycją bezinteresownego udzielania konsultacji pielęgniarkom z wymienianych powyżej dziedzin. Dla osób zainteresowanych kontaktem z nią podaję Jej adres e-mailowy: elmicz@wp.pl oraz nr telefonu 042 658 29 84. ■

dr **Barbara Dobrowolska**
przewodnicząca Komisji
Historycznej przy Zarządzie
Oddziału Wojewódzkiego
Polskiego Towarzystwa
Pielęgniarskiego w Łodzi

ogłoszenie płatne

Zakład Opieki Zdrowotnej „SALVE” Sp. z o.o. z siedzibą w Łodzi
przy ul. A. Struga 3 zatrudni – na cały etat –
pielęgniarki/położne (mile widziane kursy anestezyjologiczne)
oraz pielęgniarki instrumentariuszki