

Spis Treści

1. KOMUNIKATY

Członek OIPiPZS Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego	2
Konkursy na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych	3
Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego oraz zasad korzystania z kursów organizowanych przez OIPiPZS	4 – 9
Bezpłatny dostęp do księgozbioru online IBUK Libra	9 – 10
Dzieje szpitalnictwa w Sieradzu	11 – 14
Pismo do Ministerstwa Zdrowia w sprawie podjęcia działań na rzecz zmiany ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych	15 – 16
Stanowisko Ministerstwa Zdrowia w sprawie sposobu kwalifikowania pracowników wykonujących zawody medyczne w związku z realizacją ustawy z dnia 8 czerwca 2017r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych	17 – 21
Komunikat w sprawie obowiązku aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych	21
Weryfikacja posiadania prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej	22 – 23
Notatka ze spotkania w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia	23

2. ARTYKUŁY

Prenatalne uwarunkowania rozwoju mowy	24 – 27
Rehabilitacja noworodka	27 – 29
Postępowanie z chorym z guzem nowotworowym mózgu.....	30 – 33

3. Z ŻAŁOBNEJ KARTY	34
----------------------------------	-----------

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego



Informujemy, że w dniu 19.09.2017 r. Wojewoda Łódzki powołał Panią **mgr Magdalenę Świątek – członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej** na Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego.

Pani Konsultant składamy serdeczne gratulacje i życzymy satysfakcji z pełnionej funkcji i wielu sukcesów w życiu zawodowym i osobistym.

Okręgowa Rada
Pielęgniarek i Położnych
Ziemi Sieradzkiej

Konkursy na stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych

Przedstawiciele Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej uczestniczyli w dniu 30 marca 2017 r. w posiedzeniu Komisji Konkursowej na stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego Szpitala Wojewódzkiego im Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu.

W związku z przeprowadzonym postępowaniem konkursowym stanowisko Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Neonatologicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Prymasa Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Sieradzu objęła **Pani mgr JOLANTA MATUSIAK**.

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej serdecznie Pani gratuluje oraz życzy wielu sukcesów i satysfakcji z realizacji zadań przewidzianych na objętym stanowisku.



Gratulujemy

Załącznik nr 1 do Uchwały nr 149/R/17 r. Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej z dnia 26 września 2017 r. w sprawie zatwierdzenia „Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego oraz zasad korzystania z kursów organizowanych przez OIPiPZS”.

**Regulamin
refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego
oraz zasad korzystania z kursów organizowanych przez OIPiPZS**

§ 1

1. Tworzy się fundusz refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego.
2. Wysokość funduszu określa na każdy rok kalendarzowy Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w uchwale budżetowej.
3. Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej, opłacający regularnie składkę członkowską na rzecz samorządu, może ubiegać się o refundację kosztów kształcenia podyplomowego na zasadach określonych w niniejszym regulaminie.

§ 2

Za koszty kształcenia i doskonalenia zawodowego uważa się:

1. koszty czesnego na:
 - zaocznych studiach magisterskich na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo,
 - na studiach podyplomowych mających zastosowanie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej,
2. koszty uczestnictwa w następujących formach kształcenia i doskonalenia zawodowego:
 - szkoleniu specjalizacyjnym
 - kursach kwalifikacyjnych
 - kursach specjalistycznych
 - kursach doksztalających
3. koszty uczestnictwa w kongresach, seminariach, konferencjach, itd. mających zastosowanie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki i położnej.
4. koszty uczestnictwa w innych formach wyżej niewymienionych, a zaakceptowane przez Okręgową Radę lub Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej na wniosek Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego.
5. Refundacja nie obejmuje kosztów przejazdu, wyżywienia, materiałów szkoleniowych i zakwaterowania.

§ 3

Zasady refundacji

1. Refundacji w przypadku studiów zaocznych magisterskich i podyplomowych o których mowa w § 2 pkt. 1 podlegają poniesione przez członka samorządu i udokumentowane koszty czesnego. Kwota refundacji wynosi **600 zł po uzyskaniu dyplomu**.
2. Maksymalna kwota refundacji wynosi 50% kosztów uczestnictwa, ale nie więcej niż:
 - 600 zł dla szkolenia specjalizacyjnego, po uzyskaniu tytułu specjalisty w danej dziedzinie
 - 500 zł dla kursu kwalifikacyjnego, po uzyskaniu stosownego zaświadczenia
 - 300 zł dla kursu specjalistycznego, doksztalającego, po uzyskaniu stosownego zaświadczenia
 - 300 zł za udział w kongresach, seminariach, konferencjach.

§ 4

1. Prawo do korzystania z refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego przysługuje członkom samorządu, którzy:
 - a) spełniają łącznie następujące warunki:
 - są wpisani do rejestru pielęgniarek i położnych Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej
 - są czynni zawodowo
 - regularnie opłacają składki członkowskie co najmniej przez okres 12 miesięcy licząc do dnia złożenia wniosku.
 - b) przebywają na urlopach rodzicielskich/wychowawczych,
 - c) bezrobotni, którzy są zarejestrowani we właściwym dla miejsca zamieszkania urzędzie pracy.

§ 5

1. Refundacji podlegają szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, doksztalcające, organizowane przez placówki posiadające zezwolenia na prowadzenie doskonalenia zawodowego pielęgniarek i położnych zgodnie z obowiązującymi przepisami.

§ 6

1. Refundacji dokonuje się na wniosek osoby zainteresowanej. Wzór wniosku stanowi załącznik do niniejszego Regulaminu.
2. Do wniosku o refundację należy dołączyć:
 - a) zaświadczenie o płaceniu składek lub dowód wpłaty składek,
 - b) zaświadczenie z zakładu pracy (Urzędu Pracy) o refundacji kosztów szkolenia bądź ewentualnie o braku refundacji,
 - c) zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające zarejestrowanie,
 - d) kopia zaświadczenia ukończonej formy kształcenia,
 - e) oryginały faktur, rachunków lub dokumentów księgowych o równoważnej wartości dowodowej potwierdzających wysokość poniesionych kosztów wybranej formy kształcenia,
 - f) artykuł do opublikowania w Biuletynie Informacyjnym OIPiPZS lub potwierdzenie przeprowadzenia szkolenia zorganizowanego w zakładzie pracy lub w OIPiPZS lub przekazanie materiałów konferencyjnych, ze Zjazdu, z seminarium do biblioteczki OIPiPZS.
3. Komisja ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego opiniuje i określa wysokość refundacji na podstawie złożonych dokumentów. Decyzję w sprawie zatwierdzenia refundacji podejmuje Okręgowa Rada lub Prezydium Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej.

§ 7

1. Refundacje przyznawane są do wysokości posiadanych środków przeznaczonych na dany rok kalendarzowy w uchwale budżetowej Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej.

§ 8

Osoby korzystające z refundacji zobowiązane są do:

1. Zapoznania środowiska z tematyką szkolenia poprzez opublikowanie artykułu w Biuletynie Informacyjnym OIPiPZS lub
2. Przekazania zdobytej wiedzy na szkoleniu zorganizowanym w Zakładzie lub w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej lub
3. Przekazania materiałów konferencyjnych, ze zjazdu, z seminarium do biblioteczki OIPiPZS.
4. Nie wywiązanie się z zobowiązań określonych w punktach 1 – 3, skutkuje brakiem uzyskania zgody na refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego przez okres 24 miesięcy.

§ 9

1. Ze środków funduszu przeznaczonego na doskonalenie zawodowe, na wniosek Komisji ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego, Okręgowa Rada może przyznać nagrody autorom wyróżnionych prac magisterskich i podyplomowych mających znaczenie dla rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa oraz za szczególnie wkład w pracę samorządu z uwzględnieniem zdobytych kwalifikacji.
2. Wysokość nagród każdorazowo określa Rada OIPiPZS.
3. Okręgowa Rada lub Prezydium ORPiPZS może w wyjątkowych przypadkach skierować członka samorządu OIPiPZS i pokryć wszystkie koszty uczestnictwa w formach kształcenia wymienionych w § 2 pkt. 3.

§ 10

1. Rozpatrzeniu przez Komisję ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego podlegają wnioski wraz z kompletem wymaganych dokumentów, złożone najpóźniej w ciągu 90 dni od daty zakończenia określonej formy kształcenia.
2. Rozpatrzenie i zaopiniowanie wniosku o refundację przez Komisję powinno nastąpić w ciągu 30 dni od daty złożenia dokumentów, o których mowa w § 6 pkt. 1 i 2.
3. Rada lub Prezydium OIPiPZS zatwierdza wniosek o refundację otrzymany od Komisji na najbliższym posiedzeniu.
4. W przypadku decyzji odmownej, wnioskodawcy przysługuje prawo odwołania do Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej.
5. Decyzja Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej jest ostateczna.
6. Przyznane refundacje podlegają natychmiastowemu wstrzymaniu lub zwrotowi w całości w przypadku stwierdzenia, że zostały przyznane na podstawie nieprawdziwych informacji lub fałszywych dowodów.
7. Zamknięcie rozliczeń i przyjmowania wniosków ustala się na dzień 10 grudnia danego roku kalendarzowego. Dokumenty złożone po tym terminie rozpatrywane będą w następnym roku kalendarzowym.

§ 11

Zasady korzystania z kursów organizowanych przez OIPiPZS

1. OIPiPZS partycypuje w kosztach kształcenia podyplomowego.
2. Pielęgniarka i położna członek OIPiPZS korzystający z kształcenia podyplomowego prowadzonego przez OIPiPZS ponosi koszty kształcenia w przypadku korzystania z:
 - kursu kwalifikacyjnego - w wysokości 400,00 zł, w tym 100,00 zł tytułem wpisowego.
 - kursu specjalistycznego w zależności od kosztów danego kursu - od 50,00 zł do 300,00 zł, w tym 30,00 zł wpisowego
 - kursu doskonalącego - w wysokości 50,00 zł (bez wpisowego).
3. Pielęgniarka i położna nie będąca członkiem OIPiPZS ponosi koszty:
 - kursu kwalifikacyjnego - 1000,00 zł, w tym 100,00 tytułem wpisowego
 - kursu specjalistycznego - od 100,00 do 500,00 zł w zależności od kosztów danego kursu, w tym 50,00 zł wpisowego
 - kursu doskonalącego - 100,00 zł (bez wpisowego).
4. Poniesione przez uczestnika koszty kursów organizowanych przez OIPiPZS nie podlegają refundacji.
5. W przypadku rezygnacji uczestnika z kursu kwota wpisowego nie podlega zwrotowi.
6. Jeżeli kurs organizowany przez OIPiPZS zostanie odwołany z przyczyn niezależnych od uczestnika kursu, wpisowe zostanie zwrócone.
7. Kwotę wpisowego należy wpłacić w biurze OIPiPZS nie później niż na 14 dni przed rozpoczęciem kursu. Pozostałą kwotę należy uiścić przed przystąpieniem do egzaminu końcowego. Nie dokonanie opłaty w odpowiedniej wysokości za kurs skutkuje nie dopuszczeniem do egzaminu końcowego.

§ 12

Członek OIPiPZS może skorzystać z refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego lub z jednego kursu organizowanego przez OIPiPZS 1 x w roku kalendarzowym.

§ 13

Regulamin obowiązuje od 1 stycznia 2018 r.

Sekretarz Rady
Anna Kulesza

Skarbnik Rady
Barbara Piecyk

Przewodnicząca Rady
Anna Augustyniak

Załącznik do „Regulamin refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego oraz zasad korzystania z kursów organizowanych przez OIPiPZS”

Numer kolejny sprawy.....
Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej

Wniosek o refundację kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego

Imię i nazwisko członka OIPiPZS.....

Adres zamieszkania.....

Nr PESEL NIP.....

Adres Urzędu Skarbowego.....

Miejsce pracy / W przypadku osoby bezrobotnej należy wpisać Urząd Pracy, w którym wnioskodawca jest zarejestrowany.....

Stanowisko.....

Nr prawa wykonywania zawodu..... nr rejestru OIPiPZS.....

Nr Telefonu dom Nr Telefonu praca.....

Wniosek dotyczy refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego związanego z uczestnictwem w.....

Organizator kształcenia i doskonalenia zawodowego.....

Oświadczam, że znana jest mi treść „Regulaminu refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego oraz zasad korzystania z kursów organizowanych przez OIPiPZS” oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Środki pieniężne z refundacji proszę przekazać na konto rachunku Nr

..... nazwa Bankuw.....

Data..... Nr dow. tożsamości..... Podpis.....

Data rozpatrzenia Podpis Przewodniczącej Komisji.....

Nr Uchwały z dnia

Kwota refundacji:..... słownie.....

Kwituję odbiór kwoty refundacji kosztów kształcenia i doskonalenia zawodowego w wysokości

Słownie.....

Nr dok. Finansowego..... z dnia..... Nr dowodu osobistego.....

.....
podpis kasjera

.....
data i podpis kwitującego odbiór kwoty

Do wniosku dołącza się (niepotrzebne skreślić):

1. zaświadczenie o płaceniu składek lub dowód wpłaty składek,
2. zaświadczenie z zakładu pracy (Urzędu Pracy) o refundacji kosztów szkolenia, bądź ewentualnie o braku refundacji,
3. zaświadczenie z Urzędu Pracy potwierdzające zarejestrowanie,
4. kopia zaświadczenia ukończonej formy kształcenia,
5. oryginały faktur, rachunków lub dokumentów księgowych o równoważnej wartości dowodowej potwierdzających wysokość poniesionych kosztów wybranej formy kształcenia,
6. artykuł do opublikowania w Biuletynie Informacyjnym OIPiPZS lub potwierdzenie przeprowadzenia szkolenia zorganizowanego w zakładzie pracy lub w OIPiPZS lub przekazanie materiałów konferencyjnych, ze Zjazdu, z seminarium do biblioteczki OIPiPZS.

Bezpłatny dostęp do księgozbioru online IBUK Libra

Szanowni Państwo

Informujemy, że OIPiPZS przedłużyła dostęp do platformy IBUK Libra na okres od 1 grudnia 2017 r. do 30 listopada 2018 r. Na platformie jest dostęp do 432 tytułów wybranych publikacji akademickich i naukowych w języku polskim.

Z oferty można skorzystać składając wniosek do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu o nadanie dostępu do Serwisu IBUK.

Procedura nadania kodu PIN:

1. Członek samorządu składa **wniosek do OIPiPZS** o nadanie dostępu do Serwisu IBUK.
2. Kod PIN zostaje przesłany na adres poczty elektronicznej lub można go uzyskać w OIPiPZS w formie papierowej. Data ważności kodu PIN: 30.11.2018r.
3. Po uzyskaniu kodu PIN od OIPiPZS należy go uaktywnić w koncie serwisu www.libra.ibuk.pl

Wniosek oraz informacje pomocnicze dostępne są na stronie:
www.oipipsieradz.pl

Ponadto informujemy, że wszystkie kody PIN przekazane pielęgniarkom i położnym w ubiegłym roku nadal będą ważne i dotychczasowi użytkownicy będą mogli korzystać z IBUKA Libry przez kolejny rok bez potrzeby zgłaszania się po nowy kod PIN.

Serdecznie zachęcamy do korzystania z wirtualnej czytelnicy IBUK Libra.

Anna Augustyniak
Przewodnicząca ORPiPZS
w Sieradzu

WNIOSEK

do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu
o nadanie dostępu do Serwisu ibuk.pl

Nazwisko i imię:

Nr pwz

--	--	--	--	--	--	--	--

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres email^{*1}:

Informacja o administratorze danych

1. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu.
2. Adres siedziby administratora danych: ul. 3-go Maja 7, 98-200 Sieradz.

Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą elektroniczną informacji dotyczących działalności samorządu zawodowego, w szczególności komunikatów dotyczących dostępu do Serwisu Ibuk.pl.

Oświadczam, iż będę korzystała \ korzystał z Serwisu Ibuk.pl zgodnie z regulaminem zamieszczonym na stronie pod adresem www.ibuk.pl. W przypadku korzystania niezgodnego z regulaminem konto użytkownika może być zablokowane przez administratora serwisu.

Oświadczam, iż nie zalegam z opłacaniem składek członkowskich.

Miejscowość, data

Podpis

***¹ Na podany adres email zostanie przesłany kod umożliwiający założenie konta w Serwisie ibuk.pl**

DZIEJE SZPITALNICTWA W SIERADZU

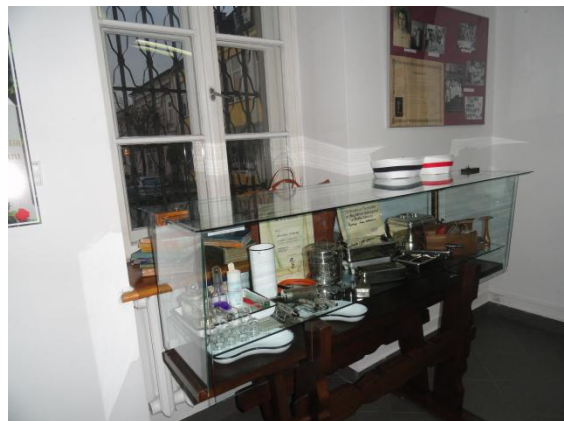
W dniu 27 października 2017 r. w Muzeum Okręgowym w Sieradzu odbyły się obchody upamiętniające 600 lecie służby zdrowia w Sieradzu i 165 rocznicę oddania do użytku Szpitala św. Józefa w Sieradzu. Uroczystość została zorganizowana przez Grupę nieformalną „Z pasją dla Sieradza” wraz z Polskim Towarzystwem Stwardnienia Rozsianego oddział w Sieradzu, dzięki dofinansowaniu z mini grantów z Miasta Sieradza i Centrum Opus.

Wydarzeniu towarzyszyły: msza święta w sieradzkiej farze, prelekcje na temat historii szpitalnictwa w Sieradzu, rekonstrukcja metod leczenia w dawnych czasach oraz wystawa w sali muzealnej przy ul. Rynek 1.

Wśród prelegentów była Pani Elżbieta Pokora, która przedstawiła historię pielęgniarstwa i położnictwa na Ziemi Sieradzkiej ze zwróceniem szczególnej uwagi na sylwetki pielęgniarek i położnych pracujących w Starym Szpitalu. Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej ufundowała tablice pamiątkowe przedstawiające pielęgniarki i położne pracujące w Szpitalu przy ul. Nenckiego 2 w latach 1920 – 2017.











NACZELNA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych

NRPiP-P.011.110.2017

Warszawa, 7 listopada 2017 r.

Pani
Józefa Szczurek Żelazko
Sekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia
Przewodnicząca
Zespołu ds. systemowych rozwiązań
finansowych w ochronie zdrowia,
przyszłość kadr medycznych i sposobu ich
wynagradzania

Szanowna Pani Minister

W nawiązaniu do ustaleń poczynionych na pierwszym posiedzeniu zespołu ds. systemowych rozwiązań finansowych w ochronie zdrowia, przyszłość kadr medycznych i sposobu ich wynagradzania, w imieniu Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych informuje, że najistotniejszymi zagadnieniami wymagającymi natychmiastowego odniesienia się są następujące kwestie:

- 1) wdrożenie rządowego programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne ,
- 2) stworzenie polityki zatrudniania i wynagradzania pielęgniarek i położnych ,

Wdrożenie rządowego programu zabezpieczenia społeczeństwa w świadczenia realizowane przez pielęgniarki i położne poprzez:

- określenie docelowego wskaźnika pielęgniarek aktywnych zawodowo na 1 tysiąc mieszkańców,
- zabezpieczenie kształcenia przeddyplomowego pielęgniarek i położnych.,
- zabezpieczenie możliwości realizacji obowiązku kształcenia ustawicznego pielęgniarek i położnych oraz określenie zapotrzebowania na pielęgniarki i położne specjalistów w poszczególnych dziedzinach pielęgniarstwa ,
- uregulowanie kwestii minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych wymaganych przy udzielaniu świadczeń w poszczególnych zakresach będących przedmiotem kontraktowania zakresach będących przedmiotem kontraktowania przez NFZ (w szczególności świadczeń udzielanych w trybie całodobowym) oraz ich ujednolicenia dla wszystkich podmiotów udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

02-757 Warszawa, ul. Pory 78, lok. 10, tel.: (22) 327 61 61, fax (22) 327 61 60
www.nipip.pl, e-mail: nipip@nipip.pl

Stworzenie polityki zatrudniania i wynagradzania pielęgniarek i położnych zgodnie z przygotowaniem zawodowym i uzyskanymi kwalifikacjami w kształceniu podyplomowym .

Samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych postuluje po raz kolejny o zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia w Polsce i upomina się o zwiększenie wynagrodzeń w służbie zdrowia oraz takie ustalenie ich wysokości, aby wynagrodzenia poszczególnych zawodów medycznych odpowiadały zakresowi ich zadań i odpowiedzialności oraz poziomowi wymaganego wykształcenia i oczekiwanego zaangażowania w procesie profilaktyki społeczeństwa oraz leczenia i pielęgnacji pacjentów.

Samodzielne zawody medyczne pielęgniarki i położnej zostały w ostatnich latach zdeprecjonowane w szczególny sposób. Na wspomniane grupy zawodowe stale nakładane są nowe obowiązki, przy czym poziom ich finansowania jest dalece niesatysfakcjonujący. Pielęgniarki i położne obarczane są coraz większą ilością zadań, których wykonywanie powinno należeć do przedstawicieli innych zawodów medycznych albo personelu pomocniczego.

Również w sposób krzywdzący, traktuje je ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473). Pielęgniarki i położne stały się na mocy powołanej ustawy personelem medycznym gorszej kategorii, a wskazane dla tych grup zawodowych w załączniku do ustawy współczynniki pracy są uwłaczające i niesprawiedliwe w porównaniu ze współczynnikami przewidzianymi dla przedstawicieli innych grup zawodowych.

W związku z powyższym samorząd zawodowy pielęgniarek i położnych domaga się dokonania w trybie pilnym zmian w powołanej ustawie z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych,

Zuzanna Szustka
Prezes NRPiP
Z. Małas
Zofia Małas



Minister Zdrowia

22-09-2017

Warszawa,

PPK.0762.12.2017.JJ

Pani
Zofia Małas
Prezes
Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes

Mając na uwadze pojawiające się wątpliwości co do sposobu kwalifikowania pracowników wykonujących zawody medyczne w związku z realizacją ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473), dalej: „ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r.”, przekazuję w załączeniu do wiadomości i wykorzystania stanowisko Ministerstwa Zdrowia w przedmiotowej sprawie.

W załączniku do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. określone zostały współczynniki pracy służące do obliczenia kwoty najniższego wynagrodzenia zasadniczego dla poszczególnych grup zawodowych. Podział na grupy zawodowe został dokonany według kwalifikacji wymaganych przez pracodawcę na konkretnym stanowisku. Zaszeregowanie pracownika wykonującego zawód medyczny do jednej z grup zawodowych odbywa się w oparciu o wymagania określone przez pracodawcę dla zajmowanego przez pracownika stanowiska, a nie jedynie w oparciu o faktycznie posiadane przez tę osobę kwalifikacje (wykonywany zawód, poziom i kierunek wykształcenia, posiadanie specjalizacji).

W przypadku osób zatrudnionych na stanowisku pielęgniarki albo położnej albo na stanowisku, na którym wymagane są kwalifikacje do wykonywania zawodu

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa

Telefon: (22) 634 96 00
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl



pielęgniarki albo położnej przyporządkowanie do poszczególnych grup zawodowych powinno się odbywać, co do zasady w zakresie grup oznaczonych w poz. 7-9 załącznika do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r.

Należy jednak jednoznacznie wskazać, że praktyczne zastosowanie przepisów ustawy dokonywane w podmiocie leczniczym na poziomie porozumienia albo zarządzenia odbywać się musi nie tylko i wyłącznie w oparciu o przepisy ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r., ale w każdym przypadku równocześnie należy brać pod uwagę również inne powszechnie obowiązujące regulacje.

Podkreślenia bowiem wymaga, że ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. określa jedynie najniższe wysokości wynagrodzeń zasadniczych (ustawa nie tworzy siatki płac), jednocześnie nie wyłącza w żadnym miejscu przepisów ogólnych Kodeksu pracy. W przypadku zatem, gdy w danym podmiocie leczniczym zatrudnieni są pracownicy na jednakowych stanowiskach, którzy wykonują takie same obowiązki, lecz posiadają różne - choć porównywalne - kwalifikacje, wówczas zastosowanie do nich znajdzie art. 183c Kodeksu pracy, zgodnie z którym pracownicy mają prawo do jednakowego wynagrodzenia za jednakową pracę lub za pracę o jednakowej wartości. Przepisy omawianej ustawy mają charakter norm ochronnych, tj. gwarantują, że pracownicy wykonujący zawód medyczny nie będą mogli mieć ustalonego wynagrodzenia zasadniczego na poziomie niższym niż określony na podstawie przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017r. Celem ustawy nie jest natomiast ingerowanie w strukturę wynagrodzeń poszczególnych pracowników podmiotów leczniczych. Na pracodawcach (podmiotach leczniczych) w dalszym ciągu spoczywa obowiązek kształtowania wynagrodzeń z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 78 § 1 Kodeksu pracy. Wynagrodzenie za pracę powinno zatem odpowiadać m.in. rodzajowi wykonywanej pracy, kwalifikacjom wymaganych przy jej wykonywaniu, a także uwzględniać ilość i jakość świadczonej pracy.

Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. również nie wyłącza w żadnym miejscu i nie pozwala w trakcie jej wykonywania pomijać innych niż określone w Kodeksie pracy regulacji powszechnie obowiązującego prawa oraz uregulowań wewnętrznych. W związku z tym przypomnienia wymaga, że szczegółowe warunki wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą w danym podmiocie leczniczym powinny być ustalane w układzie zbiorowym pracy lub regulaminie wynagradzania. Uprawnienia zagwarantowane pracownikom w układach zbiorowych pracy i regulaminach wewnętrznych, a dotyczące np. zasad kształtowania wynagrodzeń zasadniczych i pozostałych składników wynagrodzeń, w przypadku

gdy są korzystniejsze dla pracowników niż to wynika z przepisów ww. ustawy, zachowują swoją moc i powinny być realizowane.

Pracodawca określając w porozumieniu albo zarządzeniu poziomy wzrostów wynagrodzeń poszczególnych pracowników (grup pracowników) musi więc brać pod uwagę faktyczną strukturę zatrudnienia na istniejących w podmiocie leczniczym stanowiskach pracy oraz wymogi stawiane zatrudnianym na nich pracownikom. Przykładowo pracodawca nie może powołując się na ustawę z dnia 8 czerwca 2017 r. różnicować wysokości wynagrodzeń pracowników zatrudnionych na stanowiskach, na których wykonywana jest praca jednakowej wartości. Działalby bowiem wówczas wbrew art. 183c Kodeksu pracy statuującemu zasadę równego traktowania w zatrudnieniu. Zgodnie z zasadą równego traktowania w zatrudnieniu pracodawca powinien ustalić jednakowe wynagrodzenie dla osób, które wykonują jednakową pracę lub pracę o jednakowej wartości (w rozumieniu art. 183c Kodeksu pracy). Zarówno przepis art. 183c, jak też art. 78 Kodeksu pracy, odnosi się do sposobu kształtowania wynagrodzeń konkretnych pracowników, zatem adresowany jest do pracodawców (podmiotów leczniczych).

Jednocześnie podmioty lecznicze są w szczególności związane przepisami określającymi:

- kwalifikacje wymagane od pracowników zatrudnionych na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. Nr 151, poz. 896), rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010r. w sprawie kwalifikacji wymaganych na poszczególne stanowiska pracy w stacji sanitarno-epidemiologicznej (Dz. U. poz. 283));
- wymogi wynikające z kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, a które dotyczą zapewnienia udzielania poszczególnych świadczeń zdrowotnych przez osoby posiadające wskazane w kontrakcie kwalifikacje (tzw. rozporządzenia koszykowe i tzw. rozporządzenie kryterialne);
- uprawnienia pracowników do wykonywania określonych czynności np. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego.

W przypadku pielęgniarek i położnych pracodawca brać musi również pod uwagę przepisy ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, które wskazują, że pracodawca już na poziomie aktów powszechnie obowiązujących pozwala na równe traktowanie pielęgniarek legitymujących się różnym poziomem wykształcenia dopuszczając je pomimo tego do udzielania tożsamyh świadczeń (a więc wykonywania tożsamej pracy). Przykładowo § 3 rozporządzenia określa, że pielęgniarka jest uprawniona do wykonywania samodzielnie bez zlecenia lekarskiego:

„1) świadczeń zapobiegawczych obejmujących:

- a) psychoedukację pacjentów z zaburzeniami psychicznymi i uzależnieniami oraz ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny w tym zakresie lub kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa,
- b) prowadzenie edukacji osób chorych na cukrzycę i ich rodzin, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu, lub posiada tytuł magistra pielęgniarstwa”.

Ponadto należy jednoznacznie wskazać, że wejście w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. nie może stanowić przyczyny wypowiedzania warunków pracy i płacy pracownikom, których wynagrodzenie jest wyższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ani podejmowania przez pracodawców innych działań zmierzających do obejścia celu ustawy, jakim jest ustalenie minimalnego poziomu, poniżej którego pracodawca nie będzie mógł ustalać wynagrodzenia zasadniczego. Jak wspomniano wyżej normy zawarte w ustawie z 8 czerwca 2017 r. mają bowiem charakter norm ochronnych i gwarancyjnych, a co za tym idzie mają zabezpieczać minimalny poziom wynagrodzeń pracowników wykonujących zawody medyczne. Nie mogą być natomiast w żadnym wypadku powoływane jako przyczyna wypowiedzenia warunków wynagrodzenia pracowników, skutkująca obniżeniem wynagrodzenia zasadniczego, albo być wykorzystywane aby takie wynagrodzenie obniżyć. Działanie takie będzie musiało być traktowane jako naruszające normę z art. 8 Kodeksu pracy, a więc jako sprzeczne ze społeczno - gospodarczym przeznaczeniem prawa pracodawcy do umownego kształtowania wysokości wynagrodzeń oraz z zasadami współzycia

społecznego i nie będzie korzystało z ochrony (będzie mogło być kwestionowane przed sądem pracy).

Podobnie oceniane musiałyby być działania pracodawcy polegające na obniżeniu wynagrodzenia zasadniczego pielęgniarki albo położnej dokonywane tylko i wyłącznie w celu jego późniejszego podwyższenia i pokrycia kosztów tej kolejnej podwyżki środkami z OWU.

z powołaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józefa Szczurek-Żelazko

KOMUNIKAT W SPRAWIE OBOWIĄZKU AKTUALIZACJI DANYCH W REJESTRZE PIELEGNIAREK I POŁOŻNYCH

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych Ziemi Sieradzkiej w Sieradzu przypomina o obowiązku aktualizacji danych w rejestrze pielęgniarek i położnych.

Zgodnie z art. 19 ust. 2 oraz art. 46 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 1251 z późn. zm.) oraz art. 11 ust. 2 pkt. 5 ustawy z dnia 1 lipca 2011 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. Nr 174, poz.1038 z późn. zm.) każda pielęgniarka, położna wpisana do rejestru prowadzonego przez ORPiPZS, zobowiązana jest do niezwłocznego zawiadomienia ORPiPZS o wszelkich zmianach danych określonych w art. 44 ust.1 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej, **jednak nie później niż w terminie 14 dni od ich powstania.**

W szczególności aktualizacji podlegają informacje dotyczące:

- zmiany nazwiska
- ukończenia studiów wyższych
- ukończenia kursów i specjalizacji
- miejsca zamieszkania
- rozpoczęcia i ustania zatrudnienia
- zmianie miejsca pracy

Arkusze zgłoszeniowe/aktualizacyjne oraz wkładki dodatkowe dostępne są na stronie internetowej: www.oipipsieradz.pl w zakładce PWZ.

Anna Augustyniak
Przewodnicząca ORPiPZS

WERYFIKACJA POSIADANIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU PIEŁĘGNIARKI/POŁOŻNEJ



Weryfikacja Numeru
Prawa Wykonywania Zawodu
Pielęgniarki i Położnej

Na podstawie art. 44. Ust. 2. Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej część danych zawartych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych stanowi informację publiczną w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej.

Weryfikacja danych służy sprawdzeniu przez pacjenta lub pracodawcę czy dana osoba posiada Prawo Wykonywania Zawodu Pielęgniarki lub Położnej. Wykonywanie świadczeń zdrowotnych lub zatrudnianie osób nie posiadających Prawa Wykonywania Zawodu Pielęgniarki lub Położnej może prowadzić do ukarania grzywną lub do kary ograniczenia wolności.*

W przypadku potrzeby weryfikacji większych ilości danych zapraszamy do kontaktu w celu ustalenia szczegółów technicznych crpip@nipip.pl.

W celu wyszukania osoby wymagane jest podanie następujących danych:

1. **Peselu z Nr PWZ** (7 cyfrowy numer z literą 'P' lub 'A' na końcu).
lub za pomocą dodatkowych opcji wyszukiwania
2. **Imion** (pierwszego i drugiego) i **Nazwiska** oraz **Nr PWZ** (7 cyfrowy numer z literą 'P' lub 'A' na końcu).
lub
3. **Imion** (pierwszego i drugiego) i **Nazwiska** oraz **Peselu**.

System może pokazać następujące statusy:

1. **Osoba zarejestrowana** - Osoba o danych (dane po których szukano) jest pielęgniarką/pielęgniarem (lub położnym/położną) wpisaną/ym do rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego przez (nazwa izby)
2. **Osoba z zaprzestaniem** - Osoba o danych (dane po których szukano) jest pielęgniarką/pielęgniarem (lub położnym/położną) wpisaną/ym do rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego przez (nazwa izby) obecnie zaprzestał/a wykonywania zawodu.
3. **Osoba z wpisanym skreśleniem** - Osoba o danych (dane po których szukano) jest osobą skreśloną z rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych prowadzonego przez właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych.
4. **Osoba z wygaszonym PWZ** - Osoba o danych (dane po których szukano) posiada wygaszone prawo wykonywania zawodu i nie może wykonywać zawodu.
5. **Brak takiej osoby** - Brak takiej osoby (dane po których szukano), prosimy o sprawdzenie danych lub wyszukanie po dodatkowych opcjach. W przypadku błędnego wyniku weryfikacji prosimy o kontakt z właściwą Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w celu aktualizacji danych. **KONTAKT OIPIP**

W przypadku błędnego wyniku weryfikacji prosimy o kontakt z właściwą Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych w celu aktualizacji danych -
> **KONTAKT OIPIP**

*Kto bez wymaganego prawa wykonywania zawodu udziela świadczeń zdrowotnych określonych w art. 4 ust. 1 pkt 1–6 lub art. 5 ust. 1 pkt 1–9, 11 i 12 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej, **podlega karze grzywny**.

Jeżeli sprawca czynu działa w celu osiągnięcia korzyści majątkowej lub wprowadza w błąd, co do posiadania takiego prawa, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.

Kto zatrudnia do udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w art. 4 ust. 1 pkt 1–6 lub art. 5 ust. 1 pkt 1–9, 11 i 12 ustawy o zawodach pielęgniarstwa i położnej osobę nieposiadającą prawa wykonywania zawodu wymaganego do udzielenia tych świadczeń, **podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności**.

NOTATKA ZE SPOTKANIA W CENTRALI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA – 7 LISTOPADA 2017

Na wniosek NRPiP w dniu 7 listopada 2017r. odbyło się spotkanie w NFZ w którym udział wzięły: Zofia Małas- Prezes NRPiP, Joanna Walewander – Sekretarz NRPiP, Teresa Kuziara – członek Prezydium NRPiP.

W trakcie spotkania omówiono problemy dotyczące:

1. kontynuacji wzrostu wynagrodzenia pielęgniarek realizujących świadczenia w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej w związku z wprowadzeniem sieci szpitali oraz kontynuowania podwyżek dla pielęgniarek zatrudnionych w gabinetach zabiegowych i punktach szczepień w POZ,
2. Dodatkowego finansowania nowych uprawnień pielęgniarek i położnych dotyczących ordynowania leków i wypisywania recept oraz skierowań na badania diagnostyczne.
3. Wyceny świadczeń w zakresie opieki długoterminowej (ZOL, ZPO), oraz ujednolicenia stawki za osobodzień (30,08zł) pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej.
4. Złożonych propozycji procedur odrębnie finansowanych dla pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, w zakresie: wizyta patronażowa dziecka, rozpoznanie warunków i potrzeb zdrowotnych rodziny, profilaktyka ADR w polipragmazji – porada dla Seniora, (pielęgniarka POZ), dla położnej POZ : porada laktacyjna (położna POZ), porada w zakresie higieny wzroku (pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania).

W trakcie spotkania przedstawiciele NFZ poinformowali o trwających już pracach w zakresie rozwiązania zaistniałego problemu w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej.

Ministerstwo Zdrowia i NFZ pracują nad wprowadzeniem zapisów prawnych umożliwiających realizację wzrostu wynagrodzeń dla pielęgniarek nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

W zakresie kontynuacji wzrostu wynagrodzenia dla pielęgniarek gabinetów zabiegowych NFZ zobowiązał się do opublikowania na swojej stronie Komunikatu wskazującego iż środki na ten cel zostały ujęte w stawce kapitałowej lekarza POZ.

Ponadto przedyskutowano z przedstawicielami NFZ w/w propozycje NRPiP.

Uzyskano porozumienie w zakresie wprowadzenia proponowanych zmian oraz kierunków działania niezbędnego do ich realizacji.

Sekretarz
Joanna Walewander

Prenatalne uwarunkowania rozwoju mowy.

Mowa jest najwyższą funkcją psychiczną człowieka. Zaliczają się do niej czynności poznawcze, które dokonują się za pomocą wyłącznie języka. Jest aktem w procesie porozumiewania się językowego, słownego i odgrywa ważną rolę w społecznym życiu człowieka. Kontakt z innymi ludźmi jest możliwy dzięki umiejętności mówienia i rozumienia tekstów słownych.

Umiejętność tę człowiek nabywa w ciągu życia, w kontaktach z mówiącymi ludźmi (B. Raclawski 1983). Prawidłowe kształtowanie się i rozwój mowy dziecka stanowi podstawę kształtowania się i rozwój jego osobowości w ogóle. Dzięki rozumieniu poznaje ono otaczający świat, a dzięki umiejętności mówienia potrafi wyrazić swoje spostrzeżenia, pragnienia, uczucia, przeżycia.

Każdy z nas ma zakodowaną umiejętność nauki języka, dlatego nasz mózg został odpowiednio do tego zaprogramowany. Przypadkowi jedynie pozostawiono, jakiego języka się nauczymy. I choć istnieją różnice pomiędzy językami, to są one powierzchowne - każdym kieruje ten sam proces i struktura.

Rozwój mowy nie zaczyna się od chwili, kiedy dziecko wypowiada pierwsze słowa. Zaczyna się od momentu poczęcia. Dziecko już, jako płód przygotowuje się do rozpoczęcia nabywania mowy (to okres przygotowawczy, zerowy). W okresie prenatalnym kształtują się i rozwija narządy fonacyjne. Do 3 miesiąca życia płodowego trwa kształtowanie wiązań głosowych. W tym czasie dziecko rozpoczyna połykanie wód płodowych, ćwicząc w ten sposób mięśnie, które po urodzeniu biorą udział przy wdychaniu i wydychaniu powietrza, a w kolejnym etapie przy mówieniu. Jak podaje G., Clauser (za: L. Kaczmarek 1982), czteromiesięczny płód odczuwa rytm balansu podczas chodu matki, a siedmiomiesięczny – „bicie” serca matki. Podstawowym warunkiem, niezbędnym i decydującym o rozwoju mowy jest również prawidłowy słuch. Kształtuje on się wcześniej w życiu płodowym i jest zmysłem najlepiej rozwiniętym w pierwszych 3 m. ż. Po urodzeniu jest w pełni dojrzały do pracy. Między 4 a 5 m. ż. płodowego dziecko zaczyna reagować na bodźce akustyczne. Odbiera poza słuchowo pewne cechy dźwięków, np. akcent, melodia, rytm, natężenie. Przyswaja sobie prozodyczne cechy systemu językowego otoczenia. Płód rejestruje w swej pamięci słuchowej informacje. Dobrze słyszy i rozpoznaje głos matki spośród innych słyszanych po narodzinach.

W pierwszym miesiącu życia płodowego pojawia się: jama ustna, zawiązki uszu i nosa. W 3 tygodniu można zauważyć pęcherzyki słuchowe, w 4 tygodniu płód reaguje na bodźce dotykowe; rozwija się współpraca między układem mięśniowym i nerwowym; obserwujemy pierwsze objawy odruchu wargowego, powodują one skręt tułowia u płodu. W drugim miesiącu pojawiają się: zawiązki zębów, a szczęka i żuchwa są całkowicie uformowane. Z podniebienia wtórnego wytwarza się podniebienie twarde i przewód nosowo - łzowy. Tworzą się wargi i zawiązek języka, małżowina uszna przybiera kształt odziedziczony po rodzicach. W 37 dniu ucho wewnętrzne kończy swe formowanie. Dwunasty tydzień ciąży to nabieranie i wypieranie wód płodowych, oraz otwieranie i zamykanie ust. W tym okresie wargę górną unosi się do góry pod wpływem dotknięcia, co daje początek odruchu

wargowego; mięśnie dziecka są jeszcze bardzo słabe, ale zaczynają swą pracę treningową. W 13 tygodniu można zauważyć spontaniczne próbne ruchy oddychania, którym towarzyszy skurcz klatki piersiowej. Około 16-17 tygodnia życia płodowego dziecko ssie własny palec. Rozwijają się struny głosowe i dziecko jest zdolne do płaczu na długo przed narodzeniem. Czwarty miesiąc to kształtowanie się mapy ruchowej i czuciowej ciała w przedniej części kory mózgowej. 20 tydzień to zakończenie rozwoju odruchów wargowych. Szwedzcy audiolodzy w swych badaniach wykazali, że w 5 m. ż. płód zaczyna reagować na bodźce akustyczne, a silny dźwięk lub wibracja pralki powodują zmiany w aktywności dziecka: budzą je ze snu, wywołują przyspieszenie akcji serca i niepokój ruchowy. Dziecko urodzone w 29 tygodniu życia płodowego ma szansę na samodzielne ssanie. W 31 tygodniu rozwija się odruch lizania a w 32 pełna koordynacja aktu ssania, połykania i oddychania. W 7 miesiącu większość odruchów wrodzonych jest już widoczna – odruch ssania, poszukiwania pokarmu, kroczenia, chwytania. Wytwarza się zdolność lewej półkuli mózgowej do przyjmowania dźwięków mowy, a prawej – muzyki i innych dźwięków. Dziecko uczy się rytmu serca swej matki, a dźwięk ten jest stałym elementem jego wewnętrznego świata. Przed narodzeniem dziecko odbiera dźwięki z otoczenia nie tylko za pomocą aparatu słuchowego, ale także za pomocą całego swojego ciała. 8 miesiąc to dalsze dojrzewanie układu oddechowego. Dobrze rozwinięte dziecko w chwili narodzin ma już ukształtowany aparat mowy. W związku z powyższym, prawidłowość przebiegu ciąży jest gwarantem wykształcenia się wszystkich odruchów, które będą niezbędne do powstawania i doskonalenia rozwoju mowy, od okresu noworodkowego, aż do uzyskania pełnej kompetencji językowej.

Wydaje nam się, że mówienie jest proste a przecież by mówić musi sprawnie funkcjonować:

- ✓ aparat artykulacyjny – jama nosowa, jama gardłowa, jama ustna;
- ✓ aparat fonacyjny – krtani z wiazadłami głosowymi;
- ✓ aparat oddechowy – płuca, przepona, tchawica, oskrzela;
- ✓ słuch.

Podstawę prawidłowego rozwoju mowy stanowi również sprawnie działający słuch, za pomocą, którego dziecko uczy się mowy od otoczenia.

Słuch jest zmysłem najlepiej rozwiniętym w pierwszych trzech miesiącach. W chwili urodzenia dziecka, ucho jest całkowicie dojrzałe do pracy: część przewodzeniowa jest funkcjonalnie sprawna, ósmy nerw słuchowy dostatecznie zmielinizowany, a słuchowe ośrodki w korze są elektrycznie aktywne. Dzięki temu, iż zmysł słuchu działa w okresie prenatalnym, to stanowi on ważną komponentę przystosowania dziecka do środowiska bezpośrednio po urodzeniu. Stąd też niebagatelne znaczenie ma śpiew matki, intonacja jej głosu, przemawianie do dziecka jeszcze nieurodzonego, a także zważanie na rodzaj dźwięków otoczenia, w którym matka przebywa. Rodząc się, noworodek dysponuje już ok. 3- miesięcznym doświadczeniem akustycznym. Jeżeli słuch jest upośledzony, zwłaszcza w zakresie wysokich tonów, rozwijają się wady wymowy w postaci seplenienia i rerania.

Na rozwój mowy ma wpływ nie tylko ostrość słuchu, ale i zdolność różnicowania dźwięków, ich analizy i syntezy, czyli tak zwany słuch fonematyczny. Największe ryzyko nabytego we wczesnym dzieciństwie, głębokiego ubytku słuchu związane jest z okresem okołoporodowym i pobytem dziecka na oddziale

intensywnej terapii neonatologicznej. Często również schorzenia neurologiczne: jak mózgowie porażenie dziecięce, padaczka wskazują na występowanie niedosłuchu.

Szkodliwie na słuch dziecka mogą zadziałać także choroby matki w ciąży. Do najbardziej popularnych zalicza się: opryszczkę, półpasiec, ospę, świnkę, różyczkę, odrę, listeriozę oraz zakażenie toksoplazmozą. Cukrzyca matki oraz schorzenia nerek mogą również doprowadzić do zmian zwyrodnieniowych w narządzie słuchu dziecka.

W okresie prenatalnym może dojść do różnych nieprawidłowości budowy aparatu artykulacyjnego – podniebienia, warg, języka, jamy gardłowej, nosowej, krtani, tchawicy, rozszczepu wargi i podniebienia. Do powstania rozszczepu dochodzi pomiędzy dziesiątym a dwunastym tygodniem ciąży. Obecność rozszczepu może powodować problemy z karmieniem, choroby ucha, zaburzenia mowy i rozwoju społecznego.

Uwarunkowaniem prenatalnym rozwoju mowy jest również (przeszłość położnicza i okres ciąży):

- ✓ wiek matki (mniej niż 20 lat, więcej niż 35);
- ✓ wiek ojca (więcej niż 40 lat);
- ✓ palenie tytoniu przez matkę i ojca;
- ✓ nadużywanie alkoholu przez rodziców dziecka;
- ✓ trudne warunki socjalne;
- ✓ uciążliwe warunki pracy matki;
- ✓ przeciążenie psychiczne;
- ✓ zażywanie leków przez ciążarną (leki ototoksyczne, które uszkadzają słuch: neomycyna, streptomycyna, gentamycyna itp. Środki znieczulające i przeciwbólowe podawane matce, narkotyki);
- ✓ choroby ciężarnej (wady serca, niedokrwistość, nadciśnienie, zmiany w narządzie rodnym, choroby endokrynologiczne, zabiegi chirurgiczne w czasie ciąży)
- ✓ gestoza (zatrucie ciążowe);
- ✓ konflikt serologiczny;
- ✓ krwawienie w czasie ciąży (łożysko przodujące lub jego odklejenie się);
- ✓ poród przedwczesny;
- ✓ ciąża przenoszona;
- ✓ małowodzie i wielowodzie;
- ✓ ciąża mnoga;
- ✓ wady genetyczne w rodzinie (wada słuchu, zespoły genetyczne itp.).

Czynniki okołoporodowe mają również ogromny wpływ na rozwój mowy dziecka tj:

- ✓ przedwczesne odpłynięcie wód płodowych;
- ✓ zakażenia macicy;
- ✓ wypadnięcie pępowiny;
- ✓ nieprawidłowe położenie płodu;
- ✓ zaburzenie czynności skurczowej;
- ✓ zastosowanie kleszczy lub próżnociągu;
- ✓ cesarskie cięcie;
- ✓ niska skala Apgar;
- ✓ waga poniżej 2500 g;

- ✓ noworodek urodzony w zamartwicy lub mający zespół zaburzeń oddechowych po 24 godz. życia;
- ✓ przedłużająca się żółtaczka;
- ✓ drgawki;
- ✓ stany chorobowe noworodka.

Okres prenatalny i okołoporodowy jest bardzo ważny, występowanie w tym czasie niekorzystnych czynników działających na organizm matki, może doprowadzić do powstania różnorodnych nieprawidłowości związanych z mową. Pamiętać należy, że im wcześniej zadziałają czynniki szkodliwe, tym uszkodzenia będą większe. Dlatego tak ważna jest profilaktyka nastawiona na zapobieganie im, i dbałość o stworzenie optymalnych warunków w okresie ciąży, począwszy od pierwszych jej tygodni. Szczególnie w pierwszym trymestrze.

Rozwój mowy u człowieka musi rozpocząć się od mocnego „krzyku”. Krzyk ten, początkowo jednorodny dźwiękowo, zaczyna ulegać zróżnicowaniu: dziecko komunikuje nim swoje potrzeby i swoją obecność. Krzyk jest znakiem, że płuca dziecka wypełniły się powietrzem a noworodek zaczął oddychać. Płacząc dziecko przygotowuje się do artykułowania dźwięków, które przerodzą się później w mowę. W czasie krzyku, czy płaczu, mechanizm oddychania jest taki sam jak przy mowie – najpierw krótki wdech, a następnie długi wydech.

Człowiek rodzi się z predyspozycją do mówienia, nie posiada jednak umiejętności wypowiadania się. Komunikacja natomiast odgrywa najważniejszą, rolę w życiu, dzięki niej możemy, porozumiewać się z drugim człowiekiem. Dzięki mowie jesteśmy w stanie wymieniać się informacjami o otaczającym nas świecie oraz zaspokajać swoje potrzeby, zarówno psychiczne (miłość, bezpieczeństwo) jak i bytowe (zaspokojenie pragnienia, łaknienia).

EDYTA POPLAWSKA

Rehabilitacja noworodka

Wczesne wspomaganie rozwoju jest formą pomocy dzieciom niepełnosprawnym i zagrożonym niepełnosprawnością oraz ich rodzin. Głównym celem i założeniem wczesnej interwencji jest jak najwcześniejsze wykrycie zaburzeń i niepełnosprawności oraz wdrożenie indywidualnej terapii. Badania naukowe potwierdziły, że plastyczność mózgu (czyli zdolność do regeneracji i tworzenia nowych połączeń z innymi neuronami) jest o wiele większa w okresie niemowlęcym i dzieciństwie niż w późniejszym okresie.

Nowe połączenie tworzą się w odpowiedzi na stymulację ruchową oraz różnorodne wrażenia zmysłowe. Ważne jest szybkie podjęcie terapii, które zastosowanie we wczesnym okresie rozwoju powoduje większą podatność na oddziaływanie terapeutyczne, powoduje zahamowanie rozwoju wielu zaburzeń o postępującym charakterze, a czasem nawet całkowite ustąpienie zmian (pod warunkiem że nie są one jeszcze utrwalone) oraz zapewnią lepszą kompensację deficytu i korekcję zaburzonych funkcji. Jeśli chodzi o rozpoczęcie rehabilitacji ruchowej, to optymalny jest 2-4m., w niektórych przypadkach już od 3 tyg. życia zaleca się spastyczność i stymulacyjny rozwój psychoruchowy. W pierwszych miesiącach życia opóźnienie w rozwoju ruchowym to często jedyny sygnał nieprawidłowego rozwoju dziecka.

Wczesną interwencją powinny być objęte dzieci:

- urazami okołoporodowymi
- stany po przebytych niedotlenieniu okołoporodowym
- zamartwica urodzeniowa
- z zaburzeniami oddechowymi
- drgawki noworodkowe
- zaburzenia napięcia mięśniowego
- wrodzone wady rozwojowe , zniekształcenia układu mięśniowo-szkieletowego
- choroby układu nerwowego
- zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania

a także:

- niepokój i płaczliwość dziecka albo stan nadmiernego wyciszenia
- zaburzenia rytmu biologicznego
- trudność w ssaniu i połykaniu, ulewaniu pokarmu lub częste wymioty
- asymetria w ułożeniu ciała
- drżenia mięśniowe, nieprawidłowe napięcie mięśni(wiotkie lub wzmożone napięcie)

Rehabilitacja dziecka przedwcześnie urodzonego w pierwszym okresie polega na:

- prawidłowej pielęgnacji (częsta zmiana pozycji ułożenia)
- ograniczenie bodźców świetlnych i hałasu
- dbanie o skórę
- zapewnienie kontaktu emocjonalnego z rodzicami

Stosowane w rehabilitacji dzieci wiodące metody fizykoterapeutyczne to metoda NDT-Bobath oraz metoda Vojty.

W metodzie NDT-Bobath najpierw dąży my do zahamowania nieprawidłowych odruchów postawy, normalizacji napięcia mięśniowego i jego prawidłowego rozkładu. Rozwój dziecka z dysfunkcją OUN w tym z mózgowym porażeniem dziecięcym, wywołuje nieprawidłowe odczuwanie własnego ciała oraz nieprawidłowe odruchy. Reakcje prostowania i równowagi często się nie rozwijają.

Zaburzenia napięcia mięśniowego i niewłaściwe jego rozłożenie powodują powstanie nieprawidłowych wzorów ruchowych, typowych dla poszczególnych zaburzeń. Niepokojące objawy dotyczą zwykle kontroli głowy i tułowia, a następnie rozwijają się nieprawidłowe odruchy w dystalnych częściach ciała. Poprzez zastosowanie odpowiedniej techniki i postępowanie od pierwszych tygodni życia wpływa na napięcie mięśniowe poprzez obniżenie napięcia lub podwyższenie obniżonego. Wykorzystanie i utrwalenie zdobytych umiejętności ruchowych w codziennych czynnościach angażuje całe ciało dziecka odpowiednich doznań czuciowych i ruchowych. Rytm i rodzaj ćwiczeń dobierany jest indywidualnie do każdego dziecka, zapewniając poczucie bezpieczeństwa. Usprawnienie według koncepcji NDT-Bobath jest szczególnie przydatne w leczeniu niemowląt i dzieci, ponieważ może być łatwo włączone w ich biologiczny rytm dnia. Prawidłowo wykonane zabiegi pielęgnacyjne, karmienie, noszenie dziecka czy zabawa z nim są właściwym momentem do utrwalenia ruchów ćwiczących przez fizykoterapeutę, odpowiednio przeszkolonych rodziców i opiekunów, którzy rozumieją problemy i trudności, kontynuują ćwiczenia w domu.

Metoda Vojty jest przykładem ćwiczeń stosowanych w usprawnianiu dzieci dająca szansę na jak najwcześniejsze wykrycie zaburzeń , atym samym jak najwcześniejsze rozpoczęcie rehabilitacji . W metodzie tej chodzi o aktywowanie określonej gry mięśniowej, niezbędnej do realizacji tej funkcji, a która ma miejsce w ramach globalnego wzorca odruchowej lokomocji. Gra mięśniowa jest „zmagazynowana” w OUN i automatycznie wyzwalana w celu realizacji przez dziecko

spontanicznej aktywności. Z jednej strony pozwala ona na stymulację rozwoju psychomotorycznego, z drugiej – sprzyja wypracowaniu prawidłowych wzorców postawy oraz ruchu. Poprzez odruchowe pobudzenie metoda Vojty włącza do pracy wszystkie mięśnie poprzecznie prążkowane organizmu. Dotyczy to także mięśni wokół gałek ocznych, żuchwy i języka. Wzmocnienie i poprawa koordynacji pracy mięśni ma znaczenie w zmniejszeniu zezów oraz wspiera akt żucia. Wzmocnienie mięśni brzucha wpływa na lepsze ustawienie głowy przy bardziej prawidłowym wyproście kręgosłupa szyjnego i piersiowego, co ułatwia akt ssania i połykania. Wyprost kręgosłupa i napięcie mięśni brzucha ma korzystny wpływ na zamknięcie dolnego zwieracza przełyku. Obserwuje się mniejsze ulewianie.

W metodzie tej występują dwie części diagnostyczne, terapeutyczne. Na diagnozę według Vojty składa się ocena: motoryki spontanicznej oraz 7 kolejno po sobie następujących prób ułożenia. Właściwe interpretacje wyników pozwolą ocenić czy i na ile mamy do czynienia z zaburzeniami funkcji ośrodkowego OUN. Diagnostyka zawiera w sobie badanie funkcji układu nerwowego. Należy do niej obserwowanie spontanicznego zachowania dziecka na brzuchu i plecach, sprawdzenie reaktywności posturalnej i badanie odruchów pierwotnych.

Część terapeutyczna zawiera stymulację dziecka do wykonania ściśle określonego wzorca ruchowego, bazując na wyzwalaniu kompleksów ruchowych. Ta część metody Vojty zwana jest terapią odruchowej lokomocji. Pod wpływem stymulacji określonych punktów tzw. strefa na ciele dziecka, w ściśle określonych kierunkach i pozycjach aktywujących, co wywołuje określony wzorec ruchowy. Podczas stymulacji stosuje się również opór, zablokowanie ruchu, który z jednej strony obniża napięcie danej okolicy, a drugiej zaś powoduje odruchową reakcję danego ciała. Ważne jest, aby terapię rozpocząć jak najszybciej w celu zapobiegania utrwalaniu się nieprawidłowych wzorów.

Na uwagę zasługuje metoda stosowana głównie w rehabilitacji logopedycznej: metoda Castillo Moralesa (ustno – twarzowa terapia regulacyjna). Polega ona na stymulacji neuromotorycznych punktów twarzy, które uaktywniają mięśnie mimiczne i mięśnie żwacza, co umożliwia kontrolę nad ruchami związanymi z prawidłowym ssaniem, żuciem, połykaniem i artykulacją. Stosowane terapie, opierające się głównie na technice masażu vibracyjnego, pozwalają znormalizować napięcie grup mięśniowych w procesie mowy. Punkty stymuluje się opuszką palca wykonując ruchy okrężne według ruchu wskazówek zegara, przez około 30 sekund każdy punkt kilka razy w ciągu dnia, nie odrywając palca. Poza stymulacją punktów czuciowo ruchowych wykorzystuje się kontrolę szczęki w celu domknięcia jamy ustnej, cofnięcia języka i zredukowanie ślinienia.

Wczesna stymulacja rozwoju psychoruchowego dzieci obejmuje wiele sposobów i technik postępowania. Ich stosowanie powinno być dobierane indywidualnie zależnie od możliwości i potrzeb dziecka. Jest to długotrwały proces terapeutyczny, w którym nie od razu osiąga się sukces. Wymaga ona dużo pracy ze strony dziecka a także osób, które taką stymulację wykonują.

Postępowanie z chorym z guzem nowotworowym mózgu.

Pod pojęciem „guza mózgu” rozumie się proces nowotworowy o charakterze rozrostowo – uciskającym a także naciekającym zdrową tkankę nerwową.¹

Nowotwory ośrodkowego układu nerwowego w stosunku do innych chorób układu nerwowego występują względnie rzadko.²

Guzy nowotworowe mózgu występują u ok. 10-12/100 000 osób w ciągu roku. Przypuszcza się, że ponad połowę z nich stanowią pierwotne guzy mózgu, natomiast pozostałe to wtórne, czyli takie które powstają z komórek tkanek pozamózgowych i są to guzy przerzutowe. W Polsce, w 1989 roku, u mężczyzn nowotwory pierwotne były jedenastą, a u kobiet trzynastą przyczyną zgonów nowotworowych. Wśród ogólnej liczby zgonów nowotworowych stanowi to 2,6% u mężczyzn i 2,8% u kobiet. Według wieku w 1989r. wskaźnik umieralności z powodu nowotworów mózgu wynosił 5,5/100000 dla mężczyzn i 3,7/100 000 dla kobiet.³

Istnieje zróżnicowanie występowania poszczególnych guzów w określonych grupach wiekowych. Rdzeniak, wyściółczak i gwiaździak włosowato komórkowy występują głównie u dzieci. U młodych dorosłych najczęściej występują gwiaździak rozlany i skąpodrzewiak, natomiast u osób starszych częste są przerzutowe nowotwory mózgu, takie jak glejak wielopostaciowy i oponiaki.⁴

Tab.1 Główne rodzaje guzów wewnątrzczaszkowych (wg. WHO) i procentowa ich część w odniesieniu do całej grupy guzów.⁵

Rodzaj guza	Udział procentowy (%)
1) guzy wywodzące się z astrogliu – gwiaździak	30%
2) guzy wywodzące się z oligodendrogliu – skąpodrzewiaki	5%
3) guzy wywodzące się z gleju wyściółkowego – wyściółczak	7%
4) guzy wywodzące się z komórek szyszynki – szyszyniak	Poniżej 1%
5) guzy wywodzące się z komórek nerwowych – nerwiak zwojowy	Poniżej 1%
6) guzy wywodzące się z komórek słabo zróżnicowanych – rdzenia	4%
7) guzy wywodzące się z opon – oponiak	10- 19 %
8) guzy przedniego płata przysadki - gruczolaki	4 – 17%

Obserwuje się, że nowotwory przerzutowe występują znacznie częściej niż nowotwory pierwotne. Można zauważyć, że wśród wszystkich nowotworów OUN, zarówno łagodnych jak i złośliwych prawie połowę stanowią nowotwory wywodzące się z komórek glejowych. Z wiekiem obserwuje się różnicowanie nowotworów, ich częstość występowania oraz charakter histopatologiczny.⁶

¹ Mazur R., Serafin Z., Piesek D., *Guzy mózgu i kanału kręgowego...*, str. 207-229.

² Jaskólski D., *Zespół wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego i guzy mózgu-podstawy kliniczne* [W:] *Pielęgniarstwo neurologiczne*, pod red. Jaracz K., Kozubski W., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, str. 388-398.

³ Maksymowicz W., *Neurochirurgia w zarysie*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999, str. 113-150.

⁴ Dyczka J., Jassem J., Kawecki A., *Nowotwory głowy...*, str. 123-124.

⁵ Prusiński A., *Neurologia praktyczna*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, str. 248-256.

⁶ Krzakowski M., *Nowotwory złośliwe ośrodkowego układu nerwowego* [W:] *Medical Update Leczenie guzów mózgu*, Medipress Supp. 2, 2002, str. 5.

PODZIAŁ NOWOTWORÓW MÓZGU

Wyróżniamy dwa rodzaje nowotworów mózgu: pierwotne i przerzutowe⁷

PIERWOTNE NOWOTWORY MÓZGU

Glejaki .Wśród nich najbardziej rozpowszechnione są:

1. Gwiaździatek IV stopnia - wielopostaciowy.
2. Gwiaździatek mózgu.
3. Gwiaździatek mózdzek
4. Wyściółczaki.
5. Rdzeniaki.
6. Skapodrzewiaki.
7. Oponiaki. Należą one do łagodnych nowotworów, które wywodzą się z opony twardej rosnąc powoli, latami w sposób rozprężający.
8. Gruczolaki przysadki. Jest on łagodnym nowotworem, który powstaje z komórek wydzielniczych przedniego płata przysadki.
9. Nerwiaki osłonkowe. Należą do łagodnych nowotworów rozwijając się głównie w obrębie nerwu przedsionkowo - ślimakowego.

PRZERZUTOWE

Pojawiają się one często u osób starszych co jest następstwem częstego występowania w tej grupie wiekowej nowotworów narządów wewnętrznych. Najczęstsze przerzuty do mózgu dają nowotwory układu krwiotwórczego takie jak chłoniaki czy białaczka. Oprócz tego źródłem przerzutów są kolejno raki płuc, piersi i czerniaki, nerki i nowotwór jądra.

ROZPOZNANIE I OBJAWY NOWOTWORÓW MÓZGU

Nowotwory mózgu często rozpoznaje się na podstawie występowania charakterystycznych zespołów klinicznych, głównie objawów występowania wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego i objawów ogniskowych. Za jedną z ważniejszych cech rozpoznania nowotworów mózgu uważa się triadę objawów do której należą bóle głowy, wymioty i tarcza zastoinowa. Triada ta występuje jednak u zaledwie 20% pacjentów. Potwierdzenie guza daje wykonanie badań dodatkowych, do których należy badanie dna oka pozwalające stwierdzić tarczę zastoinową, której wystąpienie prawie zawsze wskazuje na obecność guza. Mimo wszystko tarcza zastoinowa występuje u 50-70 % guzów, dlatego też często badanie dna oka może dawać prawidłowy wynik. Konieczna jest więc dalsza diagnostyka, do której można zaliczyć również badanie EEG, które daje pewne przesłanki podejrzenia guza. Są to głównie zmiany ogniskowe. Jednak najbardziej zasadniczym badaniem jest badanie obrazowe , do którego zaliczamy Tomografię Komputerową. Najlepszy obraz daje jednak badanie MRI, które ma większą czułość. Zawsze należy mimo wszystko zacząć od CT. W celu dokładniejszego zdiagnozowania guza, np. podejrzenie zniekształcenia tętniczo – żylnego, uwidocznienie dróg ukrwienia guza i inne wykonuje się angiografię. Wykonuje się ją jednak w wyjątkowych przypadkach. W momencie podejrzenia guza mózgu jak najszybciej powinno się wykonać badanie CT. W przypadku stwierdzenia guza należy w każdym przypadku – zwłaszcza u osób starszych, poszukiwać ognisko pierwotne, by wykluczyć, bądź potwierdzić charakter przerzutowy guza.⁸

⁷ Mazur R., Serafin Z., Piesek D., *Guzy mózgu i kanału kręgowego...*, str.207-229.

⁸ Prusiński A., *Neurologia praktyczna...*, str.248-256.

LECZENIE I PROFILAKTYKA GUZÓW MÓZGU

Wybierając metodę leczenia nowotworowych guzów mózgu ważne znaczenie ma rozpoznanie histopatologiczne guza, jego umiejscowienie, wielkość, stosunek do otaczających struktur nerwowych i naczyniowych, a przede wszystkim ogólny stan zdrowia pacjenta. Bez wątpienia podstawowym leczeniem guzów mózgu jest leczenie operacyjne, wspomagane przez radioterapię i chemioterapię. W przypadku guzów niezłośliwych lub o niskiej złośliwości, nienaciekających i dobrze odgraniczonych od prawidłowej tkanki leczenie operacyjne daje duże prawdopodobieństwo całkowitego wyleczenia. Kontrowersje budzi czas wykonania. Jedną z podstawowych metod w leczeniu guzów mózgu jest zastosowanie radioterapii, której zadaniem jest zniszczenie komórek nowotworowych za pomocą promieniowania jonizującego. Promieniowanie to może być zastosowane z zewnątrz, jak w przypadku teleradioterapii, lub pochodzić ze źródła umieszczonego wewnątrz guza, jak w przypadku brachyterapii. Polega to na tym, promienie przenikając przez tkankę i wywołując reakcje fizyczne, chemiczne i biologiczne powodują uszkodzenie struktur DNA i chromosomów. Dzięki temu nie dochodzi do dalszego podziału i śmierci komórki. W wyborze metody duże znaczenie ma stopień złośliwości nowotworu, wiek pacjenta, stan ogólny i neurologiczny oraz ryzyko rozsiewu drogami płynu mózgowo – rdzeniowego. Obszar napromieniowania jakiemu poddany jest guz zależy od charakteru jego wzrostu. W teleradioterapii, która jest podstawową formą radioterapii, odpowiednio dobrana wiązka energii wnika do tkanek pod różnym kątem, obejmując guz wraz z określonym marginesem. Łagodne nowotwory leczy się usuwając je wąskimi marginesami otaczających tkanek, glejopochodne napromieniane są szerokim marginesem tkanki mózgowej, a inne wymagają napromienienia całej osi mózgowo – rdzeniowej.⁹

Chemioterapię stosuje się w nielicznych przypadkach, głównie w pierwotnych nowotworach ośrodkowego układu nerwowego, ponieważ tylko one wykazują wysoką lub średnią chemio wrażliwość. Należą do nich głównie gwiaździaki i skąpodrzewiaki oraz rdzeniaki płodowe. Mała skuteczność chemioterapii wiąże się z powstaniem wtórnej oporności oraz ograniczonym przekraczaniem bariery krew – mózg przy podaniu większej ilości leków cytotoksycznych.

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA WOBEC PACJENTA Z NOWOTWOREM MÓZGU

Nowotwory mózgu stanowią jeden z licznych problemów z którymi spotyka się pielęgniarka i to od jej zaangażowania¹⁰, troskliwości i dokładności zależy w dużej mierze końcowy efekt leczenia. Pacjenta z guzem mózgu należy często traktować jako ciężko chorego, w ciężkim stanie ogólnym.

Głównym celem pielęgniarki w pielęgnowaniu chorego z nowotworem mózgu jest wczesne rozpoznanie objawów, utrzymanie funkcji metabolicznej organizmu, krążenia i oddychania w przypadku ich uszkodzenia. Zadaniem pielęgniarki jest dokładne określenie deficytu samoopieki, wyłonienie problemów wynikających z ogólnego stanu zdrowia, a także zdolność rodziny do sprawowania dalszej opieki nad chorym, jej wydolności opiekuńczo – pielęgnacyjnej.¹¹

⁹ Fijuth J *Radioterapia w leczeniu guzów mózgu* [W:] *Medical Update Leczenie guzów mózgu*, Medipress Supp.2, 2002, str. 11-16

¹⁰ Zwanenberg D., Adams C., *Pielęgniarstwo w neurochirurgii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1986, str. 96-107.

¹¹ Gryszko R., Królikowska A., *Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjenta z guzem mózgu i rdzenia kręgowego* [W:] *Pielęgniarstwo w neurochirurgii*, pod red. Ślusarz R., Szewczyk M., Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006, str. 11-23.

Pielęgniarka wnikliwie obserwuje pacjenta w kierunku wykrycia objawów narastania ciśnienia śródczaszkowego oraz jakichkolwiek zaburzeń czynności mózgu.

Dlatego też pielęgniarka zbiera od chorego informacje, a w przypadku, gdy jest on nieprzytomny rozmawia z rodziną. Ustala:

- dane osobiste chorego,
- ocenia stan świadomości,
- kontroluje podstawowe parametry: ciśnienie tętnicze , częstość tętna, oddechów oraz temperaturę ciała
- sprawdza szerokość źrenic i ich reakcję na światło,
- ocenia siłę mięśniową ruchów kończyn i tułowia obu stron ciała,
- ocenia stan zwieraczy,
- ocenia obecność objawów ogniskowych,
- ocenia stan czucia,
- ocenia funkcję układu nerwowego

Leczenie nowotworów mózgu opiera się głównie na leczeniu operacyjnym, dlatego też ważnym zadaniem pielęgniarki na oddziale neurochirurgicznym jest dobre przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego.

Operacja ma w zależności od stanu chorego charakter pilny lub planowy.

Po przewiezieniu chorego z zabiegu do oddziału neurochirurgicznego zadaniem pielęgniarki jest :

1. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych.
2. Obserwacja w kierunku objawów świadczących o niedotlenieniu i wzroście poziomu ciśnienia wewnątrzczaszkowego.
3. Ocena funkcjonowania układu nerwowego.
4. Obserwacja i odpowiednie postępowanie z raną pooperacyjną.
5. Obserwacja chorego pod kątem wystąpienia bólu pooperacyjnego.
6. Obserwacja układu moczowego i kontrola diurezy.
7. Ocena wyglądu skóry i błon śluzowych.
8. Profilaktyka przeciwoleżynowa
9. Zapobieganie powikłaniom płucnym
10. Zapobieganie zakażeniom wewnątrz oddziałowym
11. Odpowiednie odżywianie chorego w zależności od stanu ogólnego
12. Wczesne uruchamianie chorego na zlecenie lekarza – współpraca z rehabilitantem
13. Zapewnienie kontaktu z rodziną.
14. Podawanie leków farmakologicznych zgodnie z kartą zleceń.¹²
15. Dokładne prowadzenie dokumentacji medycznej.
16. Prowadzenie edukacji pacjenta oraz jego rodziny.

W pielęgnowaniu chorego z nowotworem mózgu jakość opieki pielęgniarskiej jest bardzo ważnym elementem, ponieważ ma wpływ na skuteczność leczenia, jego przebieg , poczucie bezpieczeństwa chorego oraz jego zadowolenie z pobytu w szpitalu.¹³

¹² Tamże.

¹³ Tamże.

*„Czas jest najlepszym lekarstwem na smutek,
A wspomnień nikt nam nie zabierze,
Zawsze będą z nami”*

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że odeszła od nas nasza koleżanka Pielęgniarka
wieloletnia przełożona pielęgniarek medycyny szkolnej

HALINA KĘPNIAK

Rodzinie i Bliskim wyrazy głębokiego współczucia
składają koleżanki i koledzy
z powiatu zduńskowolskiego
