Położna – nie siostra

Wszystkim się wydaje, że wiedzą kim jest położna i czym się zajmuje, a może nie wszyscy, może niektórzy nawet nie widzą różnicy między położną a pielęgniarką.

Położna to zawód samodzielny, oznacza to że samodzielnie bez zlecenia lekarza może opiekować się kobieta w różnych sytuacjach życiowych, przygotowywać do ciąży i prowadzić ją jak i poród fizjologiczny. W razie potrzeby skonsultować się z lekarzem i wówczas mamy do czynienia z zespołem terapeutycznym. Położna obecnie nie jest już personelem średniego szczebla, gdyż podobnie jak lekarz kończy uczelnie wyższą, ten sam uniwersytwet co lekarz, tylko inny wydział i mają różne programy kształcenia, lekarz i położna to zespół, który sie uzupełnia.

Położna (czasem położny) to osoba, która zajmuje się kobietą na każdym etapie jej życia od poczęcia poprzez narodziny, do śmierci, oraz mężczyzną do końca 8 tygodnia życia, pielęgniarki opiekują się zarówno kobietami jak i mężczyznami, w każdym wieku, ale nie mogą pracować na oddziale ciąży powikłanej (OCP), bloku porodowym i położnictwie, to oddziały zarezerwowane wyłącznie dla położnych.

UPRAWNIENIA POŁOŻNEJ

Położna zajmuje się kobietą, ale obejmuje to edukację prozdrowotną, przygotowanie do macierzyństwa, zarówno przedkoncepcyjne, jak i w okresie ciąży, porodu i połogu. Przygotowuje młode kobiety i dziewczęta w okresie dojrzewania poprzez edukowanie i promowanie postaw prozdrowotnych, opiekuje się kobietami w okresie seni, czyli postmenopauzalnym.

Rolą położnej jest dbać o zdrowie kobiety, wsłuchiwać się w jej problemy zdrowotne, obawy i udzielić wyczerpujących odpowiedzi, a w razie konieczności kierować do właściwego

lekarza.

ROLA POŁOŻNEJ W EDUKACJI PROZDROWOTNEJ

Ważną rolą położnej jest edukacja prozdrowotna, mająca na celu dbanie o zdrowie publiczne społeczeństwa poprzez promocję zdrowia.

Do postaw prozdrowotnych należą (WHO):

- **higieniczny tryb życia** – dbałośc o odpowiednia dawke ruchu i zdrowa dietę
- **profilaktyka** – regularne kontrole profilaktyczne u lekarza i podstawowe badania laboratoryjne
- **odpowiedzialne stosowanie leków**, a zwłaszcza antybiotyków, uczulanie na ostrożne używanie zgodnie z zaleceniem lekarza, unikanie przyjmowania dawek większych, przyjmowanie leku dłużej niż jest to zalecane, oraz nie przyjmowanie antybiotyków na własna rękę, oraz edukowanie nt. zagrożeń wynikających z odstąpienia od leczenia konwencjonalnego
- **porody fizjologiczne** – zachęcanie do porodu naturalnego, fizjologicznego i przygotowanie to takiego porodu, oraz opieki nad noworodkiem
- **karmienie piersią** – zachęcanie i edukowanie nt karmienia piersią, nt korzyści z karmienia naturalnego, oraz zagrożeń wynikających z rezygnacji z karmienia piersią
- **szczepienia ochronne**– promowanie i edukowanie nt. szczepień ochronnych, omówienie korzyści wynikających z profilaktyki chorób zakaźnych, oraz zagrożeń wynikających z unikania szczepień

PROCES EDUKACJI

Aby stać sie położną, nie wystarczy chcieć. Dawniej położne i pielęgniarki były kształcone w liceach medycznych lub policealnych studiach medycznych. Pielęgniarki 2 lata, położne 2,5 roku. Po ukończeniu studium zdawały egzamin zawodowy, który był podstawą do uzyskania prawa wykonywania zawodu.

Obecnie położne kształci się w ramach uczelni wyższych, które otrzymały akredytację. Należą do nich uniwersytety medyczne oraz wyższe szkoły zawodowe. Nie wszystkie szkoły mają prawo wydawać tytuły na wszystkich poziomach, cześć szkół może tylko kształcić na poziomie I stopnia (licencjat), inne mają prawo wydawać także tytuł magistra.

Przyszłe położne muszą oprócz napisania pracy dyplomowej i obrony zdać także egzamin zawodowy teoretyczny i praktyczny.

Położne, które ukończyły studium medyczne, aby móc uzyskać tytuł magistra muszą najpierw ukończył roczne studia pomostowe i uzyskać tytuł licencjata.

Na tym kształcenie nie musi się zakończyć, złożone mogą podjąć także studia doktoranckie, habilitować sie czy uzyskać tytuł profesora

PROGRAM STUDIÓW

Podzielony jest na bloki:

- **nauk społecznych** (filozofia, psychologia, pedagogika, socjologia, zdrowie publiczne, prawo)
- **nauki podstawowe** (anatomia, farmakologia, embriologia i genetyka, mikrobiologia i parazytologia, biochemia i biofizyka, patologia, fizjologia, radiologia)
- **nauki w zakresie podstaw opieki położniczej** (podstawy opieki położniczej, badania fizykalne, badania naukowe w położnictwie, promocja zdrowia, POZ, dietetyka)
- **nauki w zakresie opieki specjalistycznej** (techniki położnicze i prowadzenie porodu, położnictwo i opieka położnicza, ginekologia i opieka ginekologiczna, neonatologia i opieka neonatologiczna, pediatria i opieka pediatryczna, chirurgia, choroby wewnętrzne (interna), psychiatria, anestezjologia i stany zagrożenia życia, rehabilitacja w położnictwie, neonatologii i ginekologii, podstawy ratownictwa medycznego

Całość programu studiów obejmuje: 4720 godzin (do tego godziny poświęcone na zgłębianie wiedzy, konferencje, czytanie badań naukowych, by miec najnowsza wiedzę), oznacza to często zajęcia od 8-20 dzień w dzień, zarwane noce, zajęcia praktyczne i praktyki w szpitalach w tym 4 tygodnie w lipcu, kiedy większość studentów ma już wakacje. Tak to są 3 lata ciężkiej pracy, nauki, zgłębiania wiedzy, której nie znajdziesz na popularnych stronach: na wikipedii, parentingowych, a na pewno nie znajdziesz tego na stronach pseudonaukowych (pepsieliot, czy stopnop, bazujących na strachu i panice)

SIOSTRO!

Nie nazywajcie nas siostrami. Siostra to anachronizm, wywodzący się z czasów, kiedy w szpitalach pielęgniarkami były siostry zakonne, nie jesteśmy zakonnicami, mamy rodziny. Co więcej, zakonnice nie zajmowały sie porodami, tym zajmowały sie kobiety, które same urodziły dzieci, akuszerki, babki, szkoły dla położnych powstawały już wieki temu, była to profesja, która przechodziła z matki na córkę. Pierwsze szkoły dla położnych powstały już pod koniec XVI wieku, kiedy pierwsza szkoła pielęgniarska dopiero w XIX wieku.

Za kolebkę współczesnego położnictwa uznaje się Francję gdzie powstała pierwsza nowoczesna szkoła dla położnych Hotel Dieu (Hotel św. Ducha) i to właśnie z tej szkoły wyszła jedna z najważniejszych położnych w historii zawodu **Louise Bourgeois Boursier**, była nadworną położną królowej Francji Katarzyny Medycejskiej, a za swoje zasługi otrzymała prawo chodzenia w czerwonym aksamitnym czepcu (czerwień i aksamit były zarezerwowane tylko dla kobiet z wyższego stanu), który stał się znakiem rozpoznawczym położnych, to właśnie na pamiątkę, położne nosiły czepek z czerwonym aksamitnym paskiem, później zapożyczony przez pielęgniarki, które dla odmiany miały czarny

pasek. Do chwili kiedy pielęgniarkami były zakonnice nosiły one czepce wynikające z przynależności do zgromadzenia dopiero w czasie kiedy pielęgniarstwo przeszło w ręce „cywilne” pojawiły sie czepki pielęgniarskie.

Stwierdzenie „siostra” odnosi się tylko do zakonnicy, prosimy abyście nie nazywali ani pielęgniarek, ani położnych tym określeniem. Pielęgniarstwo i położnictwo to nauki medyczne, które podobnie jak inne podlegają studiom, a nie przyuczeniu. Prosimy o szacunek dla naszego zawodu, lat poświęconych na naukę i ciężkiej pracy, która codziennie wykonujemy. Nie jesteśmy przyuczone do zawodu, nie wykonujemy tego ze względu na miłosierdzie bliźniego, prowadząc przykościelny szpital. Jesteśmy pielęgniarkami i położnymi bo uwielbiamy to co robimy i ciężko pracowaliśmy na swoją pozycję zawodową, wykonywanie tego zawodu z powołania i chęci pomocy drugiemu człowiekowi, nie może oznacza, że można nas traktować gorzej i lekceważyć, bo to my jesteśmy przy pacjencie, to my towarzyszymy kobiecie przy porodzie, w ciąży i połogu, my jesteśmy by sie opiekować i wspierać. My dbamy o was nawet wówczas kiedy tego nie widzicie. Myślimy jak potoczyły sie wasze losy, czy udało się wam pokonać trudności, czasem dowiadujemy się jak wracacie do porodu z drugim dzieckiem. I chociaż w każdej grupie zawodowej są lepsi i gorsi, którzy psują nam opinie, robimy to co robimy najlepiej jak to możliwe jesteśmy tu dla was, by was wspierać.

DOTACJA

Prowadzenie bloga to koszt, wbrew zarzutom części czytelników koncerny nie płacą mi za promowanie szczepień, a przychodzi termin płatności za serwer i domenę, pozostaje nam prosić Was o wsparcie.
Poniżej znajdują się linki do mikropłatności na kwotę 2, 5, lub 10 PLN.
Każda z was może wybrać, która kwota jej odpowiada, liczy się każda złotówka.
Wszelkie nadwyżki, które się pojawią zostaną przekazane na zakup literatury fachowej lub dostęp do wirtualnych baz artykułów medycznych.
Z góry wam dziękuję
Pozdrawiam

Dotacja PLN 2
Dotacja PLN 5

Dotacja PLN 10

Redukcja ryzyka wystąpienia nowotworu piersi i jajników u matki karmiącej piersią w różnych sytuacjach klinicznych (BRCA1 i BRCA2, inne mutacje spowodowane przez czynniki fizyczne i chemiczne)

W ostatnich tygodniach pisałam o czynnikach ryzyka oraz profilaktyce nowotworów piersi i narządów rodnych, dziś na podsumowanie napiszę o wpływie karmienia piersią na rozwój nowotworów.

W ostatnich latach przeprowadzono wiele badań potwierdzających fakt, ze na zwiększenie liczby nowotworów wśród kobiet ma wpływ rezygnacja z karmienia naturalnego.

Badacze skupili się na różnych czynnikach związanych z karmieniem piersią i wyciągnęli wnioski, iż za zmniejszenie ryzyka odpowiadają:

- Zmiana trybu życia kobiet decydujących się na dziecko i naturalna dieta matek ciężarnych i karmiących piersią, oraz unikanie używek

- Zmniejszenie liczby miesiączek, a tym samym obniżenie poziomu estrogenów
- Produkcja pokarmu przez 24/7 hamuje rozwój komórek nowotworowych

BRCA1 i celebryci

Kilka lat temu świat obiegła szokująca wiadomość. Angelina Jolie zdecydowała się usunąć obie piersi oraz jajniki. Jej mama i ciocia (siostra) zmarły na raka, Angelina zdecydowała się przeprowadzić badanie genetyczne, które wykazało, że jest genetycznie obciążona mutacją genu BRCA1, mutacja tego genu odpowiada za nowotwór złośliwy piersi, jajników, a w przypadku mężczyzn trzustki, jednak znacznie rzadziej niż rak piersi. Magazyn „People" opublikował wypowiedź aktorki dla telewizji śniadaniowej GMTV, w której opowiadała o tym jak trudne jest jednoczesne karmienie bliźniąt i że po 3 miesiącach zdecydowała się zakończyć karmienie piersią. Podobnie było ze starsza córką Shiloh, tez karmioną tylko 3m.

Badania szacują ryzyko rozwoju nowotworu piersi w wyniku mutacji BRCA na 80% do 90% i 37% -56%, wg różnych źródeł, nieznacznie niższe na rozwój raka jajnika. Jedną z metod prewencji jest usunięcie narządów odpowiedzialnych za rozwój raka, w tym przypadku mastektomia i ooforektomia, na które zdecydowała się amerykańska aktorka, nie ma jednak pewności, czy usunięcie piersi i jajników, faktycznie zabezpiecza przed rozwojem nowotworu, jednoczesne jest zobligowana do przyjmowania hormonalnej terapii zastępczej, syntetycznych hormonów wytwarzanych przez jajniki (progesteron, estrogeny – estron (E1), estradiol (E2) i estriol (E3), relaksyna i androgeny), a nie do końca jest znany ich wpływ na organizm. Są głosy twierdzące, że wszelkie terapie hormonalne (antykoncepcja, terapia okołomenopauzalna) sprzyjają rozwojowi nowotworów. Dodatkowo mutacja BRCA1 odpowiada również za rozwój nowotworu trzustki, więc czy usunięcie piersi i jajników nie skieruje procesu nowotworowego w tym kierunku?

Wiele badań wykazało pozytywny wpływ karmienia piersią na prewencję rozwoju nowotworów jajników i piersi, w przypadku mutacji BRCA1.

W dużym badaniu międzynarodowym stwierdzono, iż ryzyko zachorowania na raka piersi zmniejszyło się o 4,3% w przypadku kobiet, które karmiły łącznie 12 miesięcy oraz o 27% w przypadku kobiet, które karmiły piersią 55 miesięcy.

ROZWÓJ SUTKA I ZACHOROWALNOŚĆ NA RAKA

Szacuje się ze największa zachorowalność na raka sutka następuje w okresie przedmenopeuzalnym i maleje w wieku postmenopeuazlnym, jak pisałam w artykule Budowa gruczołu sutkowego (piersi), fizjologia i stabilizacja laktacji. Proces rozwoju gruczołów sutkowych rozpoczyna się w okresie dojrzewania, następnie czeka i w okresie ciąży i inicjacji laktacji następuje ostateczne dojrzewanie i przygotowanie do karmienia potomstwa. Przypuszcza się, że wczesna prokreacja powiązana z karmieniem piersią, blokuje rozwój patogennych komórek, gdyż ochrona trwa jeszcze po zakończeniu karmienia piersią, a więc im częściej kobieta jest w ciąży i dłużej karmi piersią, tym mniejsze jest ryzyko rozwoju nowotworu piersi pod wpływem czynników mutagennych (fizycznych i chemicznych), jak i uwarunkowanych genetycznie – mutacja BRCA1. W kwestii mutacji BRCA2 brak jednoznacznych dowodów, gdyż, nie ma możliwości zebrania odpowiednio dużej próby badawczej. Jednocześnie ryzyko rozwoju nowotworów znacząco wzrasta u kobiet, które nie były w ciąży lub nie karmiły piersią.

Ryzyko rozwoju raka wiązane jest z liczbą owulacji, a więc u kobiet, które wcześniej zaczęły miesiączkowanie, znacząco wrasta ryzyko rozwoju raka piersi. Jednocześnie obserwuje się spadek ryzyka w grupie kobiet, u których wystąpiły przerwy w miesiączkowaniu z tytułu licznych ciąż i karmieni piersią Karmienie piersią może tym samym obniżyć ryzyko raka piersi pośrednio poprzez opóźnianie powrotu owulacji po

porodzie. Badania wskazują, kobiety karmiące piersią wyłącznie w trakcie pierwszych 6 miesięcy po porodzie mają niskie (1% -5%) tempo owulacji.

Podsumowując dane potwierdzają hipotezę, że czynniki hormonalne i reprodukcyjne mogą modyfikować ryzyko wystąpienia raka piersi lub jajnika u kobiet z mutacją w genie BRCA1. Okazało się, także, że rok lub więcej lat karmienia u kobiet mutacją BRCA1 było związane z efektywnym zmniejszeniem ryzyka rozwoju raka piersi do 45%.

Karmienie piersią zostało uwzględnione w Europejskim Kodeksie Walki z Rakiem pod patronatem WHO – Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem. Kodeks składa się z 12 kroków

1. Nie pal. Nie używaj tytoniu w żadnej postaci
2. Stwórz w domu środowisko wolne od dymu tytoniowego. Wspieraj politykę miejsca pracy wolnego od tytoniu.
3. Utrzymuj prawidłową masę ciała.
4. Bądź aktywny fizycznie w codziennym życiu. Ogranicz czas spędzany na siedząco.
5. Przestrzegaj zaleceń prawidłowego sposobu żywienia:
    - jedz dużo produktów pełnoziarnistych, roślin strączkowych, warzyw i owoców;
    - ogranicz spożycie wysokokalorycznych produktów spożywczych (o wysokiej zawartości cukru lub tłuszczu) i unikaj napojów słodzonych;
    - unikaj przetworzonego mięsa; ogranicz spożycie mięsa czerwonego i żywności z dużą zawartością soli.
6. Jeśli pijesz alkohol dowolnego rodzaju, ogranicz jego spożycie. Abstynencja pomaga zapobiegać nowotworom
7. Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne (dotyczy to szczególnie dzieci). Chroń się przed słońcem, używaj produktów przeznaczonych do ochrony przeciwsłonecznej. Nie korzystaj z solarium.
8. Chroń się przed działaniem substancji rakotwórczych w miejscu pracy. Postępuj zgodnie z zaleceniami

dotyczącymi bezpieczeństwa i higieny pracy.

9. Dowiedz się, czy w domu jesteś narażony na naturalne promieniowanie spowodowane wysokim stężeniem radonu. Podejmij działania na rzecz zmniejszenia jego poziomu.
10. Kobiety inny pamiętać o tym, że
    - **karmienie piersią zmniejsza u matki ryzyko zachorowania na raka. Jeśli możesz, karm swoje dziecko piersią;**
    - hormonalna terapia zastępcza zwiększa ryzyko rozwoju niektórych rodzajów nowotworów. Ogranicz jej stosowanie.
11. Zadbaj o to, aby twoje dzieci poddano szczepieniom ochronnym przeciwko:
    - wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (dotyczy noworodków);
    - wirusowi brodawczaka ludzkiego – HPV (dotyczy dziewcząt).
12. Bierz udział w zorganizowanych programach badań przesiewowych w celu wczesnego wykrywania:
    - raka jelita grubego (zalecenie dotyczy zarówno mężczyzn, jak i kobiet);
    - raka piersi (zalecenie dotyczy zarówno kobiet, jak i mężczyzn);
    - raka szyjki macicy (u kobiet).

Źródła

- Easton DF, Ford D, Bishop DT. Breast and ovarian cancer incidence in BRCA1-mutation carriers. Breast Cancer Linkage Consortium. Am J Hum Genet1995;56:265–71.
- Ford D, Easton DF, Stratton M, Narod S, Goldgar D, Devilee P, et al. Genetic heterogeneity and penetrance analysis of the BRCA1 and BRCA2 genes in breast cancer families. The Breast Cancer Linkage Consortium. Am J Hum Genet1998;62:676–89.
- Thorlacius S, Struewing JP, Hartge P, Olafsdottir GH,

Sigvaldason H, Tryggvadottir L, et al. Population-based study of risk of breast cancer in carriers of BRCA2 mutation. Lancet 1998;352:1337–9.
- Struewing JP, Hartge P, Wacholder S, Baker SM, Berlin M, McAdams M, et al. The risk of cancer associated with specific mutations of BRCA1 and BRCA2 among Ashkenazi Jews. N Engl J Med 1997;336:1401–8.
- Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet 2002;360:187–95.
- Henderson BE, Pike MC, Casagrande JT. Breast cancer and the oestrogen window hypothesis [letter]. Lancet 1981;2:363–4.
- Gray RH, Campbell OM, Apelo R, Eslami SS, Zacur H, Ramos RM, et al. Risk of ovulation during lactation. Lancet 1990;335:25–9.
- Narod SA. Modifiers of risk of hereditary breast and ovarian cancer. Nat Rev Cancer 2002;2:113–23
- http://www.kodekswalkizrakiem.pl/kodeks/

Krótka historia wprowadzenia glutenu do diety dziecka – ostatnie dziesięciolecie

10 lat temu gluten był wprowadzany do diety stopniowo w 10 mż już po rozszerzeniu diety.
Jak byłam w ciąży 8 lat temu, zalecenia były by w 5 miesiącu (ukończone 4 m) miesiącu zrobić ekspozycje na gluten (1/2

łyżeczki kaszy manny przez 2 tyg) i potem w 6 nic poza kp i od 7 m rozszerzanie diety i znowu od 10m wprowadzenie glutenu już na stałe.
Takie wprowadzenie glutenu motywowano zmniejszeniem ryzyka rozwoju celiakii, jak się przeoczyło „okienko immunologiczne (teoria z księżyca) w 5 miesiącu to czekać i wprowadzać gluten w 10m,
Potem okazało się ze badania o okienku i ekspozycyjni na gluten w 5 m-cu na podstawie, których to było były takie trochę pic na wodę i sami badacze nie wiedza co z tego wyniknie długoterminowo, bo takowych badań nie przeprowadzili, wiec zmieniono na 6 miesiąc (ukończony 5) tuż przed rozpoczęciem rozszerzania diety rozpocząć podawanie glutenu zaczynając od 1/2 łyżeczki i stopniowo zwiększając a potem kontynuować wraz z rozszerzaniem diety.

Od 2014 roku zalecenie jest, że gluten wprowadza się wraz z rozszerzeniem diety w 7 mż (czyli w drugim półroczu), pierwsze półrocze tylko kp, bez ekspozycji. po prostu tak jak inne produkty.

Zalecenie wyłącznego karmienia piersią przez 6m bez podawania płynów i innych pokarmów, w tym ekspozycji na glutem weszło w życie w 1994r – Złoty Standard Karmienia Piersią WHO i UNICEF i nic się nie zmieniło w tej materii.

Zalecenia WHO są stałe i niezmienne 6 m wyłącznego karmienia piersią i kontynuacja wraz z rozszerzaniem diety do końca 2 rż i dłużej.

Więcej nt glutenu przeczytacie w artykule: Gluten

Zdjęcie w nagłówku: sosrodzice.pl