

W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



GRYPA A/H1N1

O ESTETYCE W PIEŁĘGNIARSTWIE - ZACZEPEK ETYCZNY

TYPY PIEŁĘGNIAREK
STUDIUM PSYCHOSOCJOLOGICZNE



W CENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY

Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

www.doipip.wroc.pl

Wydawca:

Dolnośląska Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

Redaguje Prezydium DORPiP:

Anna Szafran, Marzenna Golicka, Urszula Olechowska,
Dorota Pietrzak, Jolanta Kolasinska, Beata Łabowicz,
Beata Dąbrowska, Teresa Szerszeń, Małgorzata Mazur

Redakcja techniczna, skład, korekta, i przygotowanie
do druku – emiludruk.pl

*Materiałów niezamówionych redakcja nie zwraca,
w tekstach publikowanych zastrzega sobie prawo
skrótów, zmian tytułów oraz poprawek stylistycz-
no-językowych.*

Artykuły, listy, uwagi i inną korespondencję prosimy
nadsyłać na adres redakcji:

Dolnośląska Okręgowa Izba

Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
fax 71 373 20 56, e-mail: info@doipip.wroc.pl

REDAKCJA NIE PONOSI ODPOWIEDZIALNOŚCI
ZA TREŚĆ TEKSTÓW, OGŁOSZEŃ I REKLAM

DOIPiP NIE PROWADZI POŚREDNICTWA PRACY
W KRAJU I ZAGRANICĄ

UWAGA:

*Nie przyjmujemy do publikacji tekstów
przekazywanych telefonicznie!*

Nasza okładka:

Numer zamknięto 06.02.2019 r.
Do druku przygotowano 06.02.2019 r.

Nakład 3300 egzemplarzy
Druk ABIS

*Pismo nieodpłatnie rozprowadzane wśród członków
Samorządu Pielęgniarek i Położnych.*

Wszystkie artykuły, i nie tylko, można znaleźć na
stronie internetowej Dolnośląskiej Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
www.doipip.wroc.pl

DOLNOŚLĄSKA OKRĘGOWA IZBA

PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH we Wrocławiu

ul. Powstańców Śląskich 50, 53-333 Wrocław
tel. 71 333 57 02, tel./fax 71 373 20 56
e-mail: info@doipip.wroc.pl
www.doipip.wroc.pl

BIURO W LUBINIE

ul. Odrodzenia 18/2, 59-300 Lubin
tel./fax 76 746 42 03

NUMER KONTA BANKOWEGO DOIPiP

na który należy przekazywać SKŁADKI CZŁONKOWSKIE
Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **63 1240 6670 1111 0000 5641 0435**

GODZINY PRACY

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

DZIAŁ KSZTAŁCENIA

tel./fax 71 333 57 08
e-mail: dzialksztalcenia@doipip.wroc.pl

GODZINY PRACY

poniedziałek, środa, czwartek: 8-16
wtorek: 8-17, piątek 8-15

KONTO DZIAŁU KSZTAŁCENIA

Bank PEKAO SA O/Wrocław
Nr konta: **13 1240 6670 1111 0000 5648 5055**

GODZINY PRACY KASY

poniedziałek, środa: 10-16; wtorek, czwartek: 8-13
piątek: NIECZYNNA

GODZINY PRACY BIBLIOTEKI

wtorek: 13-17, czwartek: 13-16, piątek: 9-14

OKRĘGOWY RZECZNIK

ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

tel. 71 333 57 02
Informacja o dyżurach na www.doipip.wroc.pl
Informacje o samorządzie 2015-2019 – Okręgowy
Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

OKRĘGOWY SĄD PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

tel. 71 333 57 02 – Informacja pod numerem telefonu
lub w Sekretariacie Biura DOIPiP

DYŻURY RADCY PRAWNEGO – mgr E. Stasiak

poniedziałek 14-16, środa 14-17

KASA POŻYCZKOWA PRZY DOIPiP

Bank PKO BP IV Oddział Wrocław, ul. Gepperta 4
Nr konta: **56 1020 5242 0000 2702 0019 9224**

Informacje o stanie swojego konta w Kasie Pożyczkowej moż
na uzyskać w czasie dyżuru w środę 15-16.30 telefonicznie
lub osobiście. **KSIĘGOWOŚĆ IZBY NIE PROWADZI KASY
POŻYCZKOWEJ I NIE UDZIELA INFORMACJI.**

KONSULTANCJI WOJEWÓDZCY

W DZIEDZINACH:

► PIELĘGNIARSTWO – dr n. o zdr. Jolanta Kolasinska

UM Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław

T: 71 784 18 45

E: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr Ewa Pielichowska

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław

T: 261 660 207, 608 309 310

E: naczelnia.pielęgniarka@4wsk.pl

► PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr Beata Łabowicz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarosława Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica

T: 76 72 11 401, 661 999 104

E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

► PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNEGO

– mgr Iwona Pilarczyk-Wróblewska

Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii
Zakład Neonatologii

ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław

T: 500 141 941

E: iwona.pilarczykwrablewska@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO

– mgr Katarzyna Salik

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich
we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu,

Zakład Propedeutyki Pediatrii

i Chorób Rzadkich

ul. Kazimierza Bartla 5, 50-996 Wrocław

T: 606 99 30 95

E: katarzyna.salik@umed.wroc.pl

E: kasiasalik1@wp.pl

► PIELĘGNIARSTWA W GINEKOLOGII I POŁOŻNICTWIE – mgr Urszula Żmijewska

Szpital Specjalistyczny im. A. Falkiewicza
ul. Warszawska 2, 52-114 Wrocław

T: 71 342 86 31 (w. 344), 604 939 455, 667 977 735

► PIELĘGNIARSTWA PRZEWLEKLE CHORYCH I NIEPEŁNOSPRAWNYCH – mgr Dorota Rudnicka

Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej
Będkowo Sp. z o.o. Sp. k.

Będkowo 1, 55-100 Trzebnica

T: 71 722 29 48, 603 852 669

E: drudnicka@hospicjumbedkowo.pl

► PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO

– dr n. med. Elżbieta Garwacka-Zachor

Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirsfelda 12, 53-413 Wrocław

T: 71 36 89 260, 603 38 58 98

E: e.garwacka@gmail.com

► PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

– mgr Jerzy Twardak

Zakład Chorób Układu Nerwowego
Wydział Nauk o Zdrowiu

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu,
ul. Bartla 5, 56-618 Wrocław

T: 668 193 147

E: jerzy.twardak@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA PEDIATRYCZNEGO

– mgr Dorota Milecka

T: 666 872 721

E: milecka@poczta.fm

► PIELĘGNIARSTWA RATUNKOWEGO

– dr n. o zdr. Wiesław Zielonka

Pogotowie Ratunkowe w Legnicy
ul. Dworcowa 7, 59-220 Legnica

T: 502 676 039

E: w.zielonka@pogotowie-legnica.pl

WYKAZ TELEFONÓW W SIEDZIBIE BIURA DOIPiP WE WROCŁAWIU

Dyrektor biura	71 333 57 00	Radca prawny	71 333 57 05
Sekretariat	71 333 57 02	Kasa	71 333 57 01
Sekretariat	71 333 57 16	Biblioteka	71 333 57 10
Sekretariat (tel./fax)	71 373 20 56	Okręgowy Rzecznik	
Przewodnicząca	71 333 57 03	Odpowiedzialności Zawodowej	71 333 57 02
Wiceprzewodnicząca	71 333 57 05	Okręgowy Sąd	
Sekretarz	71 333 57 04	Pielęgniarek i Położnych	71 333 57 02
Skarbnik	71 333 57 05	Dział Kształcenia (tel./fax)	71 333 57 08
Ewidencja/rejestr piel. i poł.	71 333 57 09	Kierownik Działu Kształcenia	71 333 57 12
Praktyki zawodowe	71 333 57 07	Księgowość Działu Kształcenia	71 333 57 14
Księgowość	71 333 57 06	Dział Kształcenia Oddział w Lubinie	76 746 42 03

OD REDAKCJI

Drodzy Czytelnicy,

Zapraszamy do lektury biuletynu informacyjnego Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu „W Cieniu Czepka”. W tym numerze znajdziecie Państwo bardzo ciekawe informacje, komunikaty i artykuły. W tym opracowanie p. Marcina Kani nt. typów pielęgniarek. Oczywiście jest to próba klasyfikacji opisów typów pielęgniarek, podobna do tej jaką przedstawialiśmy w styczniu br. w stosunku do lekarzy i pacjentów.

Rozpoczynamy publikację serii artykułów autorstwa dr Anny Felińczak o tematyce racjonalnego odżywiania i żywienia specjalistycznego, które jak mamy nadzieję znajdą uznanie wśród naszych czytelników.

Od stycznia br. przy współpracy z Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim w kąciku historycznym zamieszczamy wspomnienia pielęgniarek z lat ich aktywności zawodowej, a także wspomnienia i życiorysy pielęgniarek, których już z nami nie ma. Jeżeli Państwo znacie pielęgniarki i położne, które chciałyby podzielić się swoimi wspomnieniami zawodowymi gorąco zapraszamy do współpracy w tym zakresie.

W numerze jak zawsze znajdziecie „Zaczepek etyczny”, lektura tych krótkich felietonów prof. Jarosława Barańskiego często powoduje chwilę refleksji, wyciszenia lub potrzebę dyskusji nad jakimś tematem czy problemem.

Na koniec zachęcamy do przeczytania krótkiego artykułu, który napisała pielęgniarka Anna Stępień działająca w Zespole Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych DOIPiP we Wrocławiu na jakże aktualny temat smogu. Opisywane w artykule trujące związki chemiczne zawieszone w powietrzu wpływają bezpośrednio na nasze zdrowie i życie, dlatego warto i należy domagać się czystego powietrza.

Redakcja

W NUMERZE:

- | | | |
|--|--|----------------------------|
| 4 Mgła – mgła i mgła!!! | 12 Organizacja leczenia pacjentów metodą radioterapii w dolnośląskim centrum onkologii. | 21 Zaczepek etyczny |
| 5 Grypa a/h1n1 | 14 Badanie spirometryczne | 22 Ogłoszenia |
| 7 Uroczystość wręczenia dyplomów Absolwentom wydziału nauk o zdrowiu i kulturze fizycznej | 15 Kącik historyczny | 27 Pamięć i serce |
| 9 Typy pielęgniarek Studium psychosocjologiczne | 18 Żywienie racjonalne Droga do utrzymania zdrowia | |

MGŁA – MGŁA I MGŁA!!!

**Anna Stępień - Pielęgniarka
Zespół Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych
przy DOIPiP we Wrocławiu**

Możemy powiedzieć, że żyjemy obecnie w czasach postępu technologicznego, lepszego poziomu życia, smartfonów, komputerów, coraz większych ekranów telewizorów, postępu medycyny i tak można długo jeszcze wymieniać. Dziś chcemy wyjeżdżać na urlop na drugi koniec świata i często spełniamy te marzenia. Cieszymy się pięknymi krajobrazami, ciepłym klimatem i czystym powietrzem. Na co dzień spędzamy czas w swoich miejscach zamieszkania i pracy. Kochamy naszą ojczyznę, uczestniczymy w życiu codziennym, chodzimy do szkoły, do pracy, bierzemy udział w imprezach sportowych, chodzimy do restauracji, marketów, kina. Integrujemy się w swoich społecznościach. Codzienne potrzeby takie jak oddychanie, jedzenie, praca, nauka są zaspakajane jakby automatycznie. Czas mija, a z nim zmieniają się pory roku. Jesienią i zimą często występuje mgła. Badania dowodzą, że mgła w obecnych czasach to trucizna, która się wzięta z dymiących kominów fabrycznych, indywidualnych pieców opalanych byle czym, elektrowni bez wymaganych filtrów oraz wszechobecnych spalin samochodowych. Największe zagrożenie dla środowiska ze strony „kopciuchów” stanowi emisja rakotwórczego benzoalofirenu (skrót BaP) związków chemicznych, który wykazuje przewlekłą toksyczność i zdolność kumulowania się w organizmie człowieka. Ponad 87 % tej trucizny powstaje w wyniku tzw. niskiej emisji. BaP powstaje podczas spalania węgla i drewna w niskiej temperaturze tj 300 do 400 °C. Im gorszej jakości jest opał tym dym jest bardziej trujący. Mgłę nazywamy smogiem – nazwa pochodzi od angielskich wyrazów : smoke – dym i fog – mgła. Pierwsza katastrofa ekologiczna związana z wystąpieniem smogu wystąpiła w Londynie w 1952 roku . Smog ogarnął trującą mgłą cały Londyn. W ciągu zaledwie kilku dni zmarło z powodu niewydolności oddechowej i hipoksji kilka tysięcy osób. Wieści o wielkim smogu odbiły się szerokim echem na świecie i przyczyniły się do wybuchu paniki na jego punkcie. W Wielkiej Brytanii wielki smog był powodem uchwalenia ustawy o czystym powietrzu w roku 1956, co doprowadziło do znacznej poprawy warunków życiowych w Londynie oraz redukcji emisji szkodliwych gazów w pozostałych miastach Wielkiej Brytanii.

Smog pojawia się podczas jesienno-zimowego wyżu przy pogodzie mglistej i bezwietrznej. Wydobywający się z kominów pył węglowy zawierający dwutlenek siarki w połączeniu z mgłą tworzą kwaśny aerosol, który uszkadza układ oddechowy i może doprowadzić do niedotlenienia organizmu lub trwałych uszkodzeń oskrzeli. Przed 10 laty Rada Unii Europejskiej i Parlament UE wydały dyrektywę w sprawie jakości powietrza w Europie. Dyrektywa pod nazwą CAFE (Clear Air For Europa) ustaliła normy dla pyłów zawieszonych PM10 i PM 2,5. W przypadku PM10 średniodobowa norma wynosi 50 µg / m³. Ustalono jednolite normy w całej Unii Europejskiej, ale problem polega na tym że pozostawiono państwom członkowskim decyzje w sprawie ustalenia własnych norm progów alarmowych. We Francji np. ustalono poziom alarmowy na 70 µg / m³, a Polska ustaliła skandalicznie wysoki próg alarmowy tj. 300 . µg / m³. Polska ma najbardziej liberalne w Europie zasady dotyczące informowania społeczeństwa o zanieczyszczeniu powietrza , tak twierdzi Piotr Sergiej z Polskiego Alarmu Smogowego. w roku 2012 mówiono o zanieczyszczeniu powietrza przy 200 µg / m³, później podniesiono próg do 300 µg / m³. Dla porównania w innych krajach UE poziomy informowania i alarmowania o stężeniu PM 10 przedstawia się następująco

1. Szwajcaria – poziom informowania - 75 – poziom alarmowy - 100
2. Finlandia – poziom informowania - 50 – poziom alarmowy - 80
3. Włochy – poziom informowania - 50 – poziom alarmowy - 75
4. Francja – poziom informowania - 50 – poziom alarmowy - 70
5. Słowacja – poziom informowania - 100 – poziom alarmowy 150
6. Czechy- poziom informowania - 60 – poziom alarmowy - 100
- 7. Polska – poziom informowania - 200 – poziom alarmowy 300 !!!**

Średnioroczna norma stężenia benzoalofirenu (BaP) wynosi 1 mg/m³ . Tymczasem w najbardziej zanieczyszczonych miejscowościach w Polsce takich jak: Brzeszcze, Nowa Ruda czy Nowy Targ stężenia sięgają od 50-100 mg/ m³. Również groźby jest zawieszony pył PM 2,5 – jego niewielkie cząsteczki mogą dostawać się do krwiobiegu, co prowadzi do zaostrzenia astmy oskrzelowej, osłabienia czynności płuc, rozwoju nowotworów płuc, gardła, krtani, a także do zaburzeń pracy serca i miażdżycy.. Norma średniorocznego stężenia PM 2,5 wynosi 25 µg / m³. Tymczasem w 2012 norma ta była przekroczona dwukrotnie w Krakowie. Oddychając tym powietrzem przyrównać można do wypalenia 2 tys. papierosów w ciągu roku.



Trucizna w powietrzu to wiele znanych i szkodliwych substancji. Do najgroźniejszych należą:

- pyły zawieszone (PM10; PM2,5; PM1)
 - dwutlenek siarki,
 - tlenek azotu,
 - metale ciężkie (rtęć, kadm, ołów, mangan, chrom),
 - wielopierścieniowe węglowodory aromatyczne, in. rakotwórczy BaP,
 - dioksyny czyli trujące związki chemiczne.
- (źródło: <http://home.agh.edu.pl>)

Miasta których należy unikać z powodu zanieczyszczonego powietrza w oparciu o dane Głównego Inspektora Ochrony Środowiska i zestawienia Naj-wyższej Izby Kontroli z ubiegłego roku zawierające stężenia pyłów PM10 to: Kraków – 165 dni w roku z przekroczoną normą, Opoczno – 150 dni powyżej normy, Wodzisław Śląski – 114 dni powyżej normy.

Średnioroczne stężenie BaP w takich miastach jak Opoczno, Nowa Ruda,

Rybnik jest tak wysokie, że można określić skutki dla mieszkańców tych miast jak wypalenie 8 tys. papierosów przez każdego z nich (więcej niż 1 paczka dziennie!!!).

W normalnej sytuacji temperatura powietrza spada wraz z wysokością. To sprawia że dym z kominów unosi się swobodnie do góry i zanieczyszczenia są rozpraszane. Natomiast w sytuacji tzw. inwersji termicznej temperatura rośnie wraz z wysokością, dym nie unosi się do góry, a zanieczyszczenia kumulują się przy powierzchni ziemi. Sprzyjają temu wysokie ciśnienie atmosferyczne, brak wiatru, palenie w piecach, a także położenie geograficzne. Dotyczy to w głównej mierze miejscowości położonych w dolinach takich jak Zakopane i Nowy Targ.

Wiele osób zastanawia się jak radzić sobie ze smogiem. Trudno pozwolić sobie na zmianę miejsca zamieszkania, nie można też zmusić mieszkańców do natychmiastowej wymiany „kopciuchów”, głównie

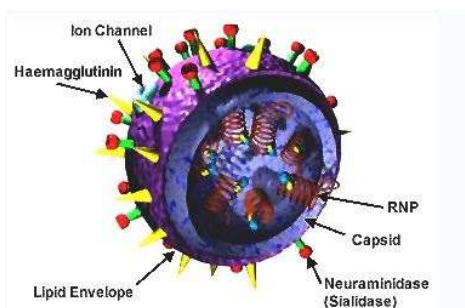
z przyczyn ekonomicznych. Jedynym sposobem są zdecydowane i poważne naciski na odpowiedzialne władze, aby skutecznie zajęła się jakością powietrza w Polsce, gdyż chodzi o zdrowie i życie obywateli czyli nas wszystkich. Oczywiście zalecane są maseczki antysmogowe, ale nie jest to skuteczne rozwiązanie dla wszystkich. Maseczki nie są zalecane dla dzieci i osób starszych, które mają już problemy z oddychaniem, tak naprawdę maseczek mogą używać osoby zdrowe.

Oddychamy najgorszym powietrzem w Europie! Młode mamy w Polsce nierzadko sprawdzają na specjalnych aplikacjach przed wyjściem na godzinny spacer z dzieckiem stan zanieczyszczenia powietrza, są niestety regiony w Polsce gdzie w sezonie jesienno-zimowym jest tylko smogowa mgła.

Bijmy na alarm, niech rządzący nas usłyszą – bo zdrowie obywateli to najwyższy priorytet!

GRYPA A/H1N1

www.psse.gda.pl



Wirusy grypy występują na całym świecie. Najważniejszą cechą jest ich zmienność, dzięki czemu są zdolne do wywoływania epidemii i pandemii (pandemia to epidemia określonej choroby zakaźnej obejmująca bardzo duże obszary t.j. kraj, kontynent lub kilka kontynentów).

Zachorowanie na grypę charakteryzuje nagły początek; pojawia się złe samopoczucie, dreszcze, bóle głowy, bóle kostno-mięśniowe, przeczulica skóry, wysoka temperatura. Zachorowaniu często towarzyszą objawy ze strony układu oddechowego: katar, ból gardła, suchy, męczący kaszel, ból w klatce piersiowej. Może wystąpić także senność, zawroty głowy. U dzieci, z większą częstotliwością niż u dorosłych, mogą wystąpić objawy

żołądkowo-jelitowe (biegunka, nudności i wymioty).

Kliniczny przebieg grypy uwarunkowany jest wiekiem pacjenta, stanem immunologicznym organizmu, paleniem tytoniu, współistniejącymi chorobami oraz właściwościami wirusa.

Do najczęstszych powikłań zakażenia wirusem grypy należą powikłania ze strony układu oddechowego: zapalenie płuc i oskrzeli. Może wystąpić także zapalenie ucha środkowego, zapalenie zatok obocznych nosa, zapalenie mięśnia sercowego i osierdzia, zapalenie mięśni (najczęściej występuje u dzieci), zapalenie nerek, zapalenie mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia nerwów obwodowych, zespół Guillaine-Barre (szczególnie u dzieci), zapalenie rdzenia kręgowego, zespół wstrząsu toksycznego oraz zespół Reye'a. Zwiększone ryzyko powikłań grypowych dotyczy osób o obniżonej odporności.

Okres wylegania grypy wynosi 1-3 dni, zazwyczaj 2 dni, wyjątkowo dłużej, np. podczas epidemii.

Źródłem zakażenia jest chory człowiek lub zdrowy nosiciel.

Zakażenie szerzy się głównie drogą kropelkową poprzez aerozol śluzowy zawierający wirusy lub pośrednio przez przedmioty zanieczyszczone wydzielinami z

układu oddechowego chorej osoby. Wydalanie wirusów grypy rozpoczyna się od momentu namnażania się wirusa na błonach śluzowych i trwa przez cały okres choroby.

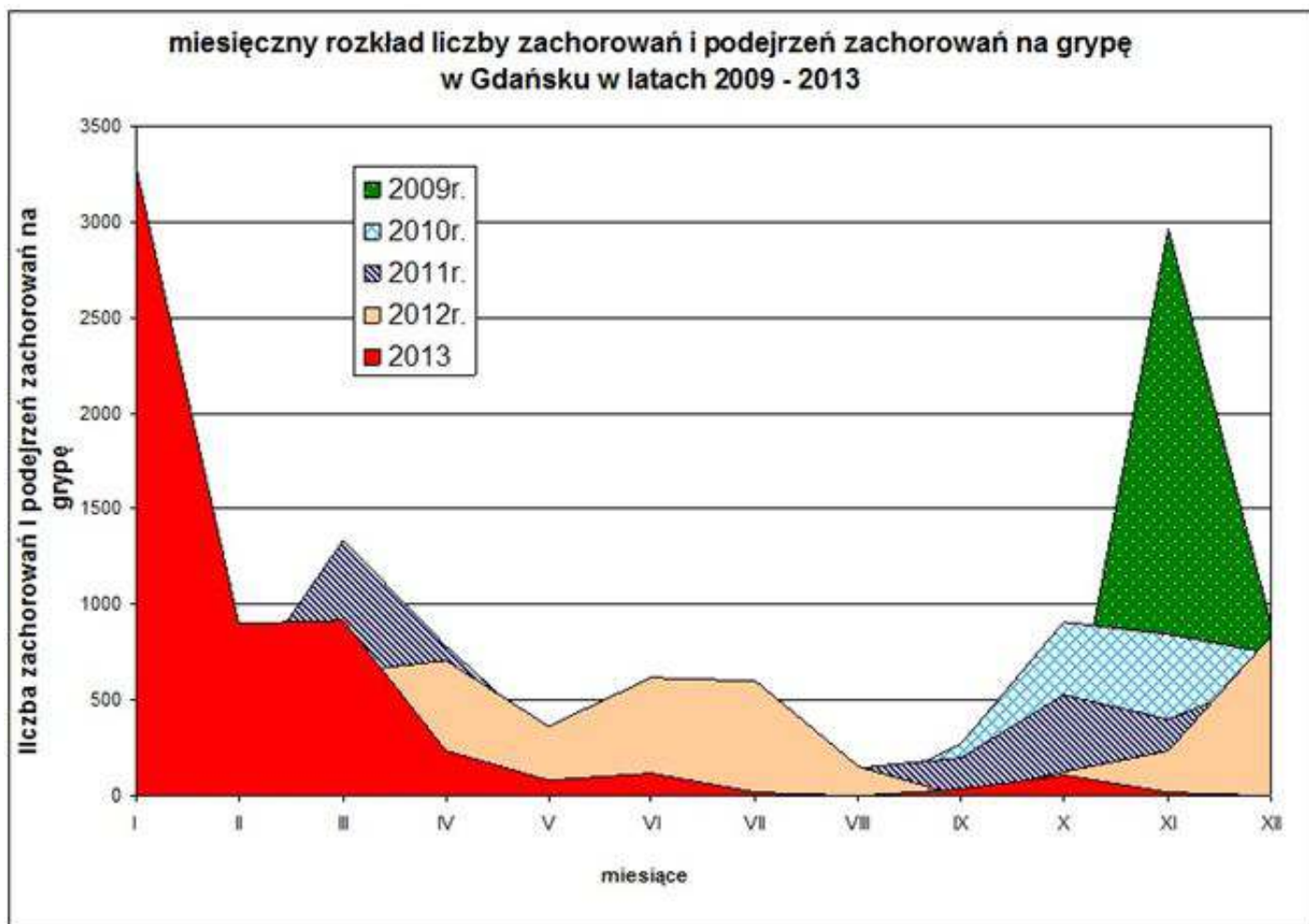
Grypa ptaków Wirus grypy A/H5N1

Wirus grypy A/H5N1 wywołuje naturalne zachorowania ptaków na grypę (zachorowania ptaków mogą mieć przebieg zarówno łagodny jak i bardzo ciężki). Ten sam wirus u człowieka powoduje niezwykle ciężką postać grypy, obarczoną ok. 60% -ową śmiertelnością. Wirus charakteryzuje się bardzo dużą zjadliwością, jednak niełatwo pokonuje barierę gatunkową (ptak-człowiek) i praktycznie nie potrafi rozprzestrzeniać się pomiędzy ludźmi.

W Polsce, jak do tej pory, nie wystąpił ani jeden przypadek zachorowania na grypę ptaków. Zachorowania notowano w Azerbejdżanie, Bangladeszu, Chinach, Dżibuti, Egipcie, Indonezji, Iraku, Kambodży, Laosie, Myanmar, Nigerii, Pakistanie, Tajlandii, Turcji i Wietnamie. W sumie, zgodnie z danymi WHO (Światowej Organizacji Zdrowia) na grypę ptaków zachorowało łącznie 607 osób (dane z lipca br.)

Nowa grypa Wirus grypy A/H1N1

Wirusa grypy A/H1N1, niesłusznie nazywany



wirusem świńskiej grypy, jest reasortantem pochodzącym ze szczepów wirusa grypy ludzi, świń i ptaków. Wirus A/H1N1, dzięki zdolnościom szybkiego przenoszenia się pomiędzy ludźmi, powodował masowe zachorowania, nie okazał się na szczęście

zbyt zjadliwy. W związku z przekroczeniem przez wirusy grypy A/H1N1 granic państw i kontynentów oraz utrzymującą transmisją wirusa z człowieka na człowieka, w czerwcu 2009r. WHO ogłosiła pierwszą w naszym stuleciu pandemię grypy. Pandemia trwała

do sierpnia 2010r. Szacuje się, że w Polsce w tym okresie, przyczyną nawet 90% wszystkich podejrzeń/zachorowań na gripę mógł być ten właśnie wirus grypy A/H1N1.



UROCZYSTOŚĆ WRĘCZENIA DYPLOMÓW

**ABSOLWENTOM WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU I KULTURY FIZYCZNEJ
ORAZ CZEPKOWANIA ABSOLWENTÓW KIERUNKU PIELĘGNIARSTWO
PAŃSTWOWEJ WYŻSZEJ SZKOŁY ZAWODOWEJ IM. WITELONA W LEGNICY.**

dr n. med. Jolanta Bielawska - Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa

W dniu 23 listopad 2018 roku w auli widowiskowej Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów ukończenia studiów absolwentom Wydziału Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej kierunku Pielęgniarstwo, Ratownictwo medyczne, Fizjoterapia i Dietetyka.

W uroczystości udział wzięły rodziny i przyjaciele absolwentów, samorząd zawodowy, samorząd studencki, dyrektorzy i przedstawiciele placówek medycznych Legnicy i powiatu legnickiego, powiatów sąsiednich, pracownicy dydaktyczni Uczelni.

Nagrody dla studentów, którzy uzyskali najwyższy wynik w trakcie studiów wręczała Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej, dr Monika Wierzbicka, która wielokrotnie podkreślała, że specjaliści w obszarze zdrowia powinni być wyposażeni w twórczą wyobraźnię i poszukiwać w różnych dziedzinach życia prawdy o zachowaniu ludzkiego zdrowia. Tylko w interdyscyplinarności, a więc współdziałaniu dla zdrowia ludzi różnych zawodów, istnieją większe niż myślimy możliwości zaspokajania ludzkich potrzeb, przede wszystkim subiektywnego poczucia sprawności psychofizycznej.

Studentom Kierunku Pielęgniarstwo nagrody za najlepsze wyniki w nauce w trakcie studiów wręczała mgr Anna Szafran, Przewodnicząca Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych z siedzibą we Wrocławiu. Nagrody takie otrzymały Pani Iwona Michna – Sikorska, Pani Karolina Rudy oraz Pani Klaudia Gawryszewska.

Częścią tego podniosłego wydarzenia było uroczyste czepkowanie oraz ślubowanie absolwentek i absolwentów studiów stacjonarnych pierwszego stopnia kierunku Pielęgniarstwo.

Czepkowanie ma wyjątkowy charakter. Białe czepki z czarnym paskiem, które otrzymują absolwenci po ukończeniu studiów to jeden z symboli zawodu. Stanowią część tradycyjnego, także symbolicznego stroju pielęgniarskiego,

obowiązkowego w czasie czepkowania, a w przeszłości także w czasie wykonywania obowiązków zawodowych. Czepki (jako element munduru pielęgniarskiego) symbolizują przynależność do grupy zawodowej pielęgniarek, zobowiązują do pielęgnowania tradycji zawodowych. Pielęgniarki otrzymują zapinki z symbolem czepka z białym paskiem.

Drugim symbolem jest zapalony lampion z epoki prekursorki zawodu pielęgniarskiego, Florencji Nightingale. To symbol życia powierzonego opiece pielęgniarek i pielęgniarzy, opieki pielęgniarskiej jako źródła niezawodności, życzliwości, ciepła niezależnie od pory dnia. Jest międzynarodowym symbolem pielęgniarek. Jej stylizowany wizerunek jest symbolem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek.

Tę część uroczystości poprowadziła Prodziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej, dr n. med. Joanna Żółtańska.

Czepkowania pielęgniarek i pielęgniarzy dokonały: mgr Renata Hołowiak,

opiekun praktyk zawodowych oraz dr n. med. Jolanta Bielawska, kierownik Zakładu Pielęgniarstwa.

Po dokonanych czepkowaniach pielęgniarki i pielęgniarze złożyli uroczyste ślubowanie pielęgniarskie, które swoją treścią nawiązuje do Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej. Ślubowanie oblige do stosowania w praktyce zasad etyki akceptowanych społecznie i prawnie. Po złożonym ślubowaniu odczytano Hymn pielęgniarski, który swoją treścią nawiązuje do humanitarnych idei zawodu. Jego rolą jest także tworzenie więzi emocjonalnej z zawodem.

Są to dwa kolejne symbole przynależności zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy.

Uroczystość wręczenia dyplomów oraz czepkowania uświetniły wystąpienia zaproszonych gości. Ogromne znaczenie miało pozowanie do wspólnych pamiątkowych zdjęć.





TYPY PIELĘGNIAREK

STUDIUM PSYCHOSOCJOLOGICZNE

Marcin Kania - mgr filozofii - doktorant - Instytut Ego-Analizy Askeion, Warszawa

Wstęp

Osoba wykonująca zawód pielęgniarki znajduje się w szczególnym położeniu. Mało kto poddaje w wątpliwość sens istnienia tej profesji. Z całą ostrością staje się to widoczne w sytuacjach granicznych. Taką sytuacją jest z pewnością chwila gdy zachorujemy i trafiaamy do szpitala. Pielęgniarka staje się pośrednikiem pomiędzy nami, pacjentami a chorobą. Oddziela pacjenta od choroby ale też z nią łączy. Jest to osoba która o nas dba, ale też stoi za nią irracjonalna siła destrukcji, machina medyczna i formalna. Pielęgniarka oddziela nas od tego obcego świata ale też jest jego forpaczka.

Dzięki niej, w większości przypadków możemy odnaleźć się w nowym środowisku postrzegającym często jako obce, groźne i wrogie. Pośredniczy ona pomiędzy lekarzami i pacjentami, „tłumacząc” często pacjentom ich niezrozumiałe lub ”zaszyfrowane” słowa. Na pozór mówią oni do nas zrozumiałym, bo przecież naszym własnym językiem, jednak w sytuacji choroby zwykle nie jesteśmy w stanie przyjąć tych słów, nie pozwala nam na to miejsce i stan psychofizyczny. Wtedy opieka pielęgniarska jest dla nas szansą na odnalezienie się w kryzysowej sytuacji. Pacjenci, pielęgniarki, lekarze mogą przyjmować różne postawy, zachowania, maski. Słaby, bezbronny pacjent może na przykład, budzić w osobie go pielęgnującej tkiłwe, matczyne uczucia. Jego stan może być punktem wyjścia dla siostrzanych, przyjaznych postaw.

Możliwe są postawy nieczułe lub obojętne. Na tej skali znajdują się też zapewne zachowania wyrachowane a nawet agresywne. Pamiętając, że w przyrodzie osobniki słabe i chore są często eliminowane jako pierwsze powinniśmy te zachowania również wziąć pod uwagę.

1. Typy altruistyczne:

Opiekunka, Przyjaciółka, Organizatorka

Opiekunka- jej celem nadrzędnym jest opieka nad pacjentem, dba o jego potrzeby, jest pogodna ale nie spoufala się z nim, stara się być niewidoczna i delikatna. Jej obecność jest nieinwazyjna, pojawia się wtedy gdy jest naprawdę potrzebna. Jeśli robi na przykład zastrzyk to jest on prawie

nieodczuwalny. Mimo pozorów nieobecności jest zawsze zorientowana co do stanu swoich podopiecznych.

Pozytywy: opieka, pogoda ducha, delikatność

Negatywy: nadopiekuńczość, traktowanie pacjentów jak dzieci,

Przyjaciółka- stara się nawiązać kontakt z pacjentami na zasadzie wzajemności, jest otwarta i uśmiechnięta, rozmawia z nim również na tematy niezwiązane z leczeniem a właściwie unika rozmów o lekarstwach. Jej obecność jest przyjemna dla pacjentów, czekają na jej pojawienie się w pracy ponieważ kontakt z nią pozwala odetchnąć od szpitalnej rzeczywistości. Buduje relacje oparte na poczuciu bezpieczeństwa, nierzadko wysłuchuje zwierzeń pacjentów.

Pozytywy: przyjazna postawa, poczucie bezpieczeństwa, otwartość

Negatywy: niemożność traktowania w przyjazny sposób każdego

Organizatorka- jej energia jest spożytkowana na wyznaczanie zadań, sporządzanie grafików, kontrolowania jadłospisów. Często przełożona innych pielęgniarek. Czuwa by na oddziale wszystko odbywało się zgodnie z ustalonym rytmem, stara się mieć pod kontrolą powierzonych jej pacjentów. Jej kontrola ma charakter pozytywny i pośrednio dobrze wpływa na zaspokajanie potrzeb oraz zdrowie pacjentów.

Pozytywy: porządek, dobra organizacja, dbałość o potrzeby pacjentów

Negatywy: nadmierna kontrola, formalizm, biurokracja

2. Typy perfekcyjne:

Ambitna, Zastępczyni lekarza, Perfekcjonistka

Ambitna - rywalizuje z lekarzami o pozycję, ma tendencję do podważania ich kompetencji. Często podkreśla swoje wyższe wykształcenie. Dokładnie obserwuje to co się dzieje z powierzonymi jej pacjentami. Posiada duże doświadczenie zawodowe dzięki czemu nie zawsze trzymając się rozbudowanych biurokratycznych procedur osiąga pozytywne wyniki.

Pozytywy: zaangażowanie w pracę, skupienie na zadaniach, elastyczność w działaniach

Negatywy: zbytnia wiara we własne umiejętności, arogancja, nieprzestrzeganie procedur

Zastępczyni lekarza (ekspertka)- w kontaktach z pacjentami wchodzi w kompetencje lekarza, doradza terapię, sposób odżywiania, ma opinie na temat przepisanych leków i zastosowanego leczenia. Rozmawia o tym z pacjentami co może skutkować odstępstwami i brakiem zaufania co do stosowanej terapii.

Pozytywy: alternatywne podejście do pacjenta, wyczerpująca informacja o leczeniu, kompetencja

Negatywy: przecenianie własnych możliwości, odstępstwa od terapii, brak zaufania do przełożonych

Perfekcjonistka - w pracy nie akceptuje improwizacji i niedbalstwa, nigdy się nie spóźnia, stara się wiedzieć jak najwięcej o podległych jej pacjentach. Przestrzega i nie pomija procedur, starannie wypełnia dokumenty. Precyzyjnie i wyczerpująco raportuje o wykonanych przez siebie zadaniach.

Pozytywy: wiedza o potrzebach pacjentów, obowiązkowość, precyzja

Negatywy: brak elastyczności, formalizm, biurokracja

3. Typy pasywne:

Sprzątaczką, Wykonawczyni procedur, Bierna

Sprzątaczką - jej działanie ogranicza się do bezemocjonalnego wykonywania podstawowych czynności wobec pacjentów, wydawania leków, posiłków, robienia zastrzyków. Nie nawiązuje kontaktu z pacjentem, odzywa się tylko wtedy gdy to konieczne. Opieka pielęgniarska zamienia się tu w obsługę chorego obiektu, który w jej mniemaniu nie posiada własnej woli.

Pozytywy: czystość, wykonane podstawowe obowiązki, obecność

Negatywy: niekontaktowa, traktuje pacjentów bezosobowo, nie lubi pracować z ludźmi

Wykonawczyni procedur trzyma się wyznaczonych przez przepisy procedur, które są ważniejsze od jej podopiecznych. Nie jest zdolna do elastycznych działań. Stresuje ją fakt gdy procedury nie dają się dopasować do wyjątkowej sytuacji pacjenta. W sytuacjach nietypowych nie umie działać bez zewnętrznej pomocy i dyrektywnych

poleceń ze strony lekarzy.

Pozytywy: obowiązkowość, punktualność, przestrzeganie przepisów

Negatywy: procedury są ważniejsze od pacjentów, niewielka elastyczność, niesamodzielność

Bierna - wykonuje powierzone jej obowiązki ale nie traktuje swojej pracy jako pasji tylko jako konieczność. Wypalona zawodowo, stara się przetrwać dzień. To co robi nie sprawia jej satysfakcji. Zmienna w nastrojach, depresyjna. Jej bierna postawa i brak dostatecznej czujności wobec pacjentów może niekiedy doprowadzić do błędów, które mogą źle wpływać na ich zdrowie.

Pozytywy: obecna, wykonuje obowiązki

Negatywy: wypalenie zawodowe, bierność, depresyjność

4. Typy perwersyjne:

Zafascynowana chorobą, Agresywna, Nekrofilna

Zafascynowana chorobą - choroba pacjenta to okazja do prowadzenia obserwacji, opieka nad pacjentem jest tylko dodatkiem do fascynacji zjawiskiem choroby, jej objawami i zmianami. Obawa o zdrowie podopiecznego zamienia się w obawę przed wyzdrowieniem pacjenta. Opieka pielęgniarska zamienia się w swoje przeciwieństwo- podtrzymywanie choroby, która sama w sobie staje się nieświadomym celem.

Pozytywy: obecność,

Negatywy: fascynacja chorobą, fałszywa opieka, okrucieństwo

Agresywna - jest przeciwieństwem pozytywnego wyobrażenia o pielęgniarkę, traktuje pacjentów jak przedmioty, podnosi głos, krzyczy, obraża. Wykonywane przez nią zabiegi często sprawiają ból pacjentom. Przemoc której się dopuszcza ma również charakter zaniechania, braku reakcji na potrzeby podopiecznych, nieinformowania ich co do sposobów i możliwości polepszenia ich losu w chorobie.

Pozytywy: energia, siła

Negatywy: niewłaściwe traktowanie pacjentów, agresywne zachowania, przemoc

Nekrofilna: Kontakt z nią jest nieprzyjemny. Nie daje pacjentom wsparcia, sprawia wrażenie nieobecnej. Podobnie bezemocjonalnie reaguje na płacz i uśmiech, wydaje się nie dostrzegać bólu pacjentów, jak i postępów leczenia. Choroba i śmierć pacjenta jest dla niej faktem statystycznym a nie egzystencjalnym. Cierpienie i śmierć pacjenta daje jej nieokreśloną bliżej satysfakcję. Nie przyznaje się do niej choć ją

odczuwa. Szpital gdzie może obserwować ból i śmierć towarzyszące chorobie jest miejscem realizacji ukrytych pragnień.

Pozytywy: obecność

Negatywy: bezemocjonalny stosunek do pacjentów, brak wsparcia, przyjemność odczuwana na widok bólu i śmierci

5. Typy walczące:

Sfrustrowana, Bojownicza, Bohaterka

Sfrustrowana - ciągle narzekająca i podkreślająca niski status społeczno ekonomiczny własnego zawodu. Brak zaangażowania w opiekę nad pacjentem motywuje niskimi płacami. Czuje się wypalona zawodowo. Ma świadomość wykonywana swoich obowiązków w sposób niedbały i niewystarczający co jest powodem dodatkowego stresu w pracy.

Pozytywy: wykonuje podstawowe obowiązki,

Negatywy: wypalenie zawodowe, frustracja, stres

Bojownicza (społecznicza)- walczy o prawa pielęgniarek, działa w związkach zawodowych, zachęca, inspirowa i podburza do działań mających na celu poprawę stanu materialnego i prawnego pielęgniarek. Uczestniczy w demonstracjach, strajkach i głodówkach protestacyjnych.

Pozytywy: troska, potrzeba pozytywnych zmian, inspiracja

Negatywy: skupienie się na działaniach poza pracą,

Bohaterka - na stanowisku pracy walczy

z chorobą w swoich codziennych zmaganiach. Starania o dobro pacjentów są dla niej terenem walki której nie można przegrać. Brak rezultatów leczenia odczuwa jako dotkliwą porażkę. Śmierć pacjenta jest zawsze przeżywana jako bolesna strata.

Pozytywy: walka o dobro pacjentów, wytrwałość, odwaga

Negatywy: poczucie misji może utrudniać jej prawidłową ocenę sytuacji, nie może pogodzić się z porażką

6. Typy narcystyczne:

Interesowna, Atrakcyjna, Plotkująca podglądaczka

Interesowna - pracę wykonuje na poziomie minimalnym. Aktywność uzależnia od gratyfikacji jaka otrzymuje od pacjentów lub ich rodzin. Taki stan rzeczy uważa za naturalny, nie widzi w nim nic niewłaściwego.

Pozytywy: wykonuje podstawowe obowiązki,

Negatywy: postawa korupcyjna, nieprzestrzeganie standardów etycznych, utrwalanie patologii

Atrakcyjna - skoncentrowana na samej sobie i dbaniu o wygląd, w pracy eksponuje i podkreśla walory urody, flirtuje z personelem medycznym i pacjentami. Szpitalne korytarze są dla niej miejscem gdzie może się zaprezentować jak na wybiegu dla modelek.

Pozytywy: uroda, elegancja, miłe usposobienie

Negatywy: skupienie uwagi na sferze poza-



zawodowej, niepoświęcanie wystarczającej uwagi realnym potrzebom pacjentów,

Plotkująca podglądaczka - żyje historiami pacjentów, chętnie rozpowszechnia plotki, nierzadko o intymnych sprawach jej podopiecznych oraz członków ich rodzin. Podobnie traktuje swoje koleżanki i kolegów z pracy. Ma tendencje do postrzegania otaczających ją zdarzeń jak telenoweli. Praca jest dla niej miejscem spotkań towarzyskich.

Pozytywy: obecność, dar obserwacji, dobrze zorientowana

Negatywy: energia skierowana na czynności pozazawodowe, plotki zamiast opieki, konfabulacja

7. Typy religijne:

Misjonarka, Pracoholiczka, Niewierząca w siebie

Misjonarka - swoją pracę traktuje jak misję, rozmawia z pacjentami na tematy religijne, podkreśla udział sił wyższych, które decydują o chorobie i zdrowiu. Niesie dobra nowinę o tym że choroba jest szansą do duchowej przemiany, cierpienie uszlachetnia i pozwala zbliżyć się do Boga.

Pozytywy: wiara w uzdrowienie pacjenta, pozytywny werbalny przekaz, chęć niesienia pomocy

Negatywy: cierpienie jako wartość, wiara i modlitwa jako lekarstwo, brak realistycznego podejścia do rzeczywistości

Pracoholiczka - Traci dystans pomiędzy pracą a życiem, bierze dodatkowe dyżury, nie potrafi odpoczywać poza pracą i odnaleźć się w codziennym życiu. Często osoba samotna lub niespełniona w życiu rodzinnym. Ma dobre intencje. Stara się dzielić swoją wiedzę z pacjentami, zdobywa nowe umiejętności, stale się kształci. Mimo tego praca nie sprawia jej radości i jest aktywnością o charakterze szczególnego rodzaju natręctwa.

Pozytywy: dobre intencje, wytrwałość, dyspozycyjność

Negatywy: przepracowanie, przymus pracy, stres

Niewierząca w siebie - ma obawy co do własnych umiejętności, czuje się niekompetentna, nie podwyższa swoich kwalifikacji zawodowych, cała jej energia skupia się wokół problemu przetrwania na dyżurze. Ma stałe poczucie winy w stosunku do przełożonych i pacjentów. Nie wierzy w leczenie, nie wierzy w siebie, ale wierzy w przeznaczenie.

Pozytywy: obecność, nieśmiałość,

Negatywy: poczucie winy, brak wiary we własne umiejętności, dyskomfort w pracy

8. Typy kreatywne, witalne, erotyczne:

Twórcza, Erotyczna, Witalna

Twórcza: W pracy jest kreatywna, stara się zmieniać na lepsze otoczenie w którym przebywa sama, jej koleżanki i podopieczni.



Mogą to być pomysły dotyczące wyglądu ścian, czy inicjatywy co do ponadstandardowych form terapii (np. terapia śmiechem dla małych pacjentów). Nie działa na skutek poleceń przełożonych, tylko kierowana wewnętrzną potrzebą.

Pozytywy: kreatywna, stara się wprowadzać pozytywne zmiany, pomocna

Negatywy: mała tolerancja na krytykę własnych pomysłów,

Erotyczna: Jej kontakt z pacjentami ma charakter gry erotycznej której nie jest najczęściej świadoma. Ma to pozytywny wpływ na pacjentów obu płci, którzy czują się lepiej w jej obecności i zdrowieją. Jest antidotum na gorzkie lekarstwa, ból i szpitalną monotonię oraz samotność. Działa tu ponadczasowa siła Erosa.

Pozytywy: energia erotyczna, inspiracja dla pacjentów, bodźce zdrowotne

Negatywy: ryzyko błędnej interpretacji pojawiających się sygnałów, flirciarstwo

Witalna: Do pracy przychodzi pełna sił i z pozytywnym nastawieniem. Już sam jej widok działa uzdrawiająco. Dzieli się energią z współpracownikami i pacjentami. Jej witalność udziela się innym, dzielenie się, pomnaża ją. Dobrze działa na podopiecznych jej głos. Rozmowy z pacjentami są istotną częścią terapii, działa na nich zarówno to co mówi, jak i „muzyka” jej mowy.

Pozytywy: energia, optymizm, życzliwe nastawienie

Negatywy: irytuje pacjentów pozbawionych energii, będąc dla nich lustrem

Zakończenie

Poniższa klasyfikacja jest subiektywną próbą opisu typów pielęgniarek z punktu widzenia pacjenta. Z oczywistych względów ma ona charakter cząstkowy, fragmentaryczny, niekiedy stereotypowy. Warto jed-

nak takie próby podejmować starając się badać z jakimi postawami, przyzwyczajeniami, zachowaniami możemy mieć do czynienia. Należy postawić pytanie jak relacje pomiędzy poszczególnymi typami pielęgniarek oraz typami pacjentów wpływają na emocje, samopoczucie, zdrowie, itp. obu grup. Miejsca takie jak gabinety, przychodnie i szpitale to nie tylko obszary gdzie podawane są leki i realizowane procedury medyczne. To przede wszystkim pola relacji pomiędzy ludzkimi, zbiorami pacjentów, pielęgniarek, ratowników i lekarzy - ludzi, których wzajemne oddziaływania decydują o chorobie i zdrowiu oraz, w wielu wypadkach o życiu i śmierci.

Literatura

- Arystoteles, Etyka nikomachejska, tłum. D. Gromska, PWN, Warszawa 1982
 Barański J., Ciało i sztuka leczenia, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław 2011
 Biegański W., Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej, Wyd. „Przegląd Koniński”, Konin 1997
 Dąbrowski K., Podstawy psychologiczne samoderżenia (automutylacji), Lekarskie Towarzystwo Wydawnicze „Przyszłość”, Warszawa 1934
 Dąbrowski K., Zdrowie psychiczne a wartości ludzkie, Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej, Warszawa 1974
 Hippokrates, Wybór pism, t.I, tłum. M. Wesoły, Wyd. Prószyński i S-ka, Warszawa 2008
 Kobierzycki T., Zdrowie i choroba w perspektywie życia i śmierci, w: Zdrowie i choroba w życiu społecznym, red. E. Kilar, F. Maj, Wyd. Muza, Warszawa 2011, s.137-145.
 Kobierzycki T., (red.), Higiena psychiczna dla studentów medycyny, SSHP, Warszawa 1993
 Maj F., O definicjach zdrowia i choroby w polskiej filozofii medycyny, Wydawnictwo Instytutu Filozofii UWM, Olsztyn 2018
 Popielski K., Skrzypek M., Albińska E. (red.), Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym, Wyd. Kul., Lublin 2010.
 Rżewska I. (red.), Pacjent- pielęgniarka. Praca zbiorowa., Inst. Wydaw. Zw. Zawod., Warszawa 1981
 Starzyńska-Kościszko E., Holistyczna (całościowa) koncepcja zdrowia: zdrowie jako wartość, „Humanistyka i przyrodoznawstwo” 2010
 Widomska-Czekajńska T., Górąjek- Józwiak J.(red.), Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010

ORGANIZACJA LECZENIA PACJENTÓW

METODĄ RADIOTERAPII W DOLNOŚLĄSKIM CENTRUM ONKOLOGII. WYBRANE PROBLEMY PIELĘGNACYJNE ZWIĄZANE Z ZASTOSOWANIEM PROMIENIOWANIA JONIZUJĄCEGO U PACJENTEK NA ODDZIALE RADIOTERAPII GINEKOLOGICZNEJ.

mgr Małgorzata Pudełek - położna specjalistka
Położna Oddziałowa Oddziału Radioterapii Ginekologicznej
Dolnośląskie Centrum Onkologii

W leczeniu chorych w Dolnośląskim Centrum Onkologii wykorzystywane są najczęściej trzy metody: chirurgia, chemioterapia i radioterapia.

Pacjenci skierowani na leczenie radioterapeutyczne mają do wyboru skorzystanie z leczenia ambulatoryjnego w naszych placówkach we Wrocławiu, Legnicy i Jeleniej Górze. Chorzy z poza Wrocławia korzystający z leczenia w Zakładzie Teleradioterapii we Wrocławiu mają do dyspozycji bezpłatny dla nich hostel, skąd dowożeni są na napromienianie. Pozostali pacjenci, których stan ogólny wymaga leczenia szpitalnego, hospitalizowani są w trzech oddziałach radioterapii we Wrocławiu: jeden Oddział Radioterapii Ginekologicznej oraz dwa oddziały gdzie napromienia się pozostałe typowo-tworów.

Radioterapia jest metodą miejscowego leczenia nowotworów wykorzystującą promieniowanie jonizujące, które wywołuje w komórkach w pierwszej kolejności różnorodne zjawiska fizyczne, chemiczne, a w końcowym efekcie biologiczne. Ostatecznym efektem biologicznym jest śmierć komórki.

Zadaniem radioterapii jest podanie ściśle odmierzonej dawki promieniowania, w określonej objętości guza, z najmniejszym jak to możliwe uszkodzeniem zdrowych tkanek, co skutkuje eradykacją guza, wysoką jakością życia i wydłużeniem przeżycia.

Rodzaje radioterapii

Teleterapia, czyli napromienianie z użyciem zewnętrznych wiązek promieniowania, wytwarzanych przez urządzenia, którymi najczęściej są przyspieszacz liniowy.

W trakcie teleradioterapii chory leży na stole terapeutycznym, wiązka promieniowania opuszcza głowicę i dociera do ciała chorego. Działanie promieniowania jonizującego nie powoduje żadnych

odczuwalnych dolegliwości podczas napromieniania, które trwa do kilku minut. Promieniowanie jonizujące jonizuje napromieniane tkanki, co zapoczątkowuje reakcje chemiczne i wywołuje ich odpowiedź biologiczną. Poprzez dobór odpowiednich parametrów napromieniania, a więc rodzaju napromieniania, energii, wielkości i kształtu przekroju poprzecznego wiązki (nazywanego polem) oraz liczby wiązek i kątów ich padania, dąży się do tego, aby tkanki nowotworowe przewidziane do napromieniania dawką terapeutyczną otrzymały jednorodną i wysoką dawkę, a zdrowe tkanki (tzw. narządy krytyczne) otrzymały jak najniższą dawkę w celu uniknięcia lub zmniejszenia powikłań.

Brachyterapia odmiana radioterapii, w której źródło promieniotwórcze jest wprowadzane do jam ciała lub bezpośrednio w głąb guza nowotworowego. Obecnie stosuje się brachyterapię HDR wysokich mocy dawek. Zastosowanie wysokich mocy dawek (HDR) oznacza, że zadana dawka zostaje podana pacjentowi w krótkim czasie, podczas trwających po kilka minut jednej lub kilku frakcji. Dzisiaj stosuje się wyłącznie tzw. after-loading, a więc źródła promieniotwórcze wprowadza się do aplikatora dopiero wtedy, gdy personel znajduje się na zewnątrz pomieszczenia, w którym odbywa się brachyterapia. Zastosowanie brachyterapii pozwala w wielu przypadkach na ograniczenie wielkości napromienianego obszaru oraz stosowanie dawek frakcyjnych wyższych niż w konwencjonalnej teleradioterapii. Oznacza to krótszy czas leczenia, potencjalnie mniejsze powikłania ze strony zdrowych narządów i szybszy powrót do zdrowia.

Technika IMRT- radioterapia z modulowanym natężeniem wiązki

Obecnie stosuje się modulację natężenia wiązki w trakcie napromieniania, która pozwala w przypadku radioterapii

ginekologicznej uzyskanie oszczędzającego działania na narządy krytyczne - pęcherz moczowy, odbytnicę.

Promieniowanie jonizujące

Promieniowaniem jonizującym nazywa się taki rodzaj promieniowania elektromagnetycznego lub korpuskularnego, którego fotony lub cząstki mają dostatecznie dużą energię, aby wywołać jonizację napromienianego ośrodka - tkanek w organizmie. W medycynie praktyczne zastosowanie ma promieniowanie jonizujące, którego fotony lub cząstki mają dostatecznie dużą energię, aby wnikać na tzw. głębokość terapeutyczną, tj. głębokość, na której znajdują się tkanki nowotworowe.

Standardowe schematy napromieniania - około 2 Gy dziennie przez 5 dni, 2 dni przerwy do dawki 50-60 Gy. Napromienianie w teleterapii jest najczęściej procesem frakcjonowanym, który odbywa się w czasie zwykle nieprzekraczającym 7 tygodni.

Objawy uboczne radioterapii

Promieniowanie jonizujące, docierając do guza nowotworowego, przechodzi również przez tkanki zdrowe, a to powoduje, że w tkankach zdrowych powstają uszkodzenia, które ujawniają się podczas terapii lub po zakończeniu leczenia w postaci ostrych lub przewlekłych odczynów popromiennych.

Odczyn popromienny

Podczas napromieniania dawka jest deponowana nie tylko w obszarze guza nowotworowego, lecz także w sąsiadujących z naciekiem nowotworowym zdrowych tkankach. Uszkodzenia powstałe w zdrowych tkankach w wyniku działania promieniowania nazywamy odczynem popromiennym. Wczesny odczyn popromienny występuje w trakcie napromieniania

lub do 90 dni po zakończeniu radioterapii. Objawy wczesnego odczynu popromiennego zależą od lokalizacji obszaru napromienianego. Ustępują samoistnie i z reguły nie są groźne dla życia, a postępowanie farmakologiczne ma charakter objawowy.

Nasilenie odczynu popromiennego zależy od dawki promieniowania i jej frakcjonowania, kojarzenia radioterapii z innymi metodami leczenia (chemioterapia, leczenie operacyjne, przeciwciała monoklonalne) oraz czynników związanych z pacjentem (wiek, masa ciała, choroby współistniejące, palenie tytoniu).

Klasyfikacje odczynów popromiennych

Najczęściej stosowanymi systemami klasyfikacji odczynów popromiennych są skala RTOG/EORTC, LENT SOMA.

Skala RTOG/EORTC ocenia wczesne i późne odczyny popromienne. Nasilenie poszczególnych objawów jest opisywane w skali od G0 (brak objawów) poprzez G1-4 (różne nasilenie objawów) do G5 (zgon z powodu odczynu popromiennego).

Odczyny popromienne u chorych na nowotwory kobiecych narządów płciowych

Wczesne odczyny popromienne występują u ok. 60-85% chorych napromienianych na obszar miednicy z powodu nowotworów ginekologicznych.

- Narządami krytycznymi, które muszą być brane pod uwagę podczas napromieniania w obszarze miednicy i jamy brzusznej, są: jelito cienkie, jelito grube, pęcherz moczowy, końcowe odcinki moczowodów, nerki, główki kości udowych, wątroba, rdzeń kręgowy i szpik kostny.
- Przewód pokarmowy - objawy kliniczne odczynu popromiennego to: nudności, wymioty, biegunka, wzdęcia bóle brzucha, krwawienia z odbytnicy. Ciężkimi powikłaniami są: niedrożność i perforacja jelit, owrzodzenia ściany jelita, przetoki pochwowo - odbytnicze.
- Pęcherz moczowy - objawy kliniczne: częstomocz, parcie na mocz, bóle przy oddawaniu moczu, nocne oddawanie moczu, krwawienia z pęcherza moczowego.
- Podczas napromieniania w obszarze jamy brzusznej (np. napromienianie węzłów chłonnych paraaortalnych, napromienianie z powodu raka jajnika) może dojść do popromiennego uszkodzenia nerek i wątroby.
- Radioterapia ognisk nowotworowych w miednicy mniejszej wiąże się z napromienianiem znacznej objętości szpiku kostnego, co prowadzi do leukopenii, anemii i trombocytopenii, szczególnie

jeśli radioterapia kojarzona jest z chemioterapią.

Zapobieganie i leczenie odczynów popromiennych

Odczyn popromienny w zdrowych tkankach jest nieuniknionym zjawiskiem zachodzącym podczas radioterapii. Jedynym sposobem zmniejszenia ryzyka wystąpienia odczynu popromiennego jest stosowanie nowoczesnych technik napromieniania i przestrzeganie zaleceń dotyczących dawek tolerancji.

Ochrona skóry napromienianej polega na unikaniu czynników drażniących, urazów, promieniowania ultrafioletowego i wietrzeniu okolicy napromienianej. Zastosowanie miejscowe mają preparaty z allantoiną, nagietkiem, aloesem, dekapantenolem, bepantenem, hydrokortyzonem, srebrem i kwasem hialuronowym, opatrunki hydrożelowe i koloidowe, a w razie konieczności środki antyseptyczne i antybiotyki.

Mycie obszaru napromienianego nie wiąże się z nasileniem odczynu popromiennego ze strony skóry. Wykazano, że nie mycie obszaru napromienianego przez okres 6-8 tygodni, zwiększa ryzyko infekcji skóry i nasilenie się odczynu popromiennego.

W przypadku odczynu popromiennego w postaci biegunki, nudności, wymiotów istotne znaczenie ma dieta ubogoresztkowa, odpowiednie nawodnienie, uzupełnienie niedoborów elektrolitowych oraz stosowanie leków objawowych np. przeciwbiegunkowych.

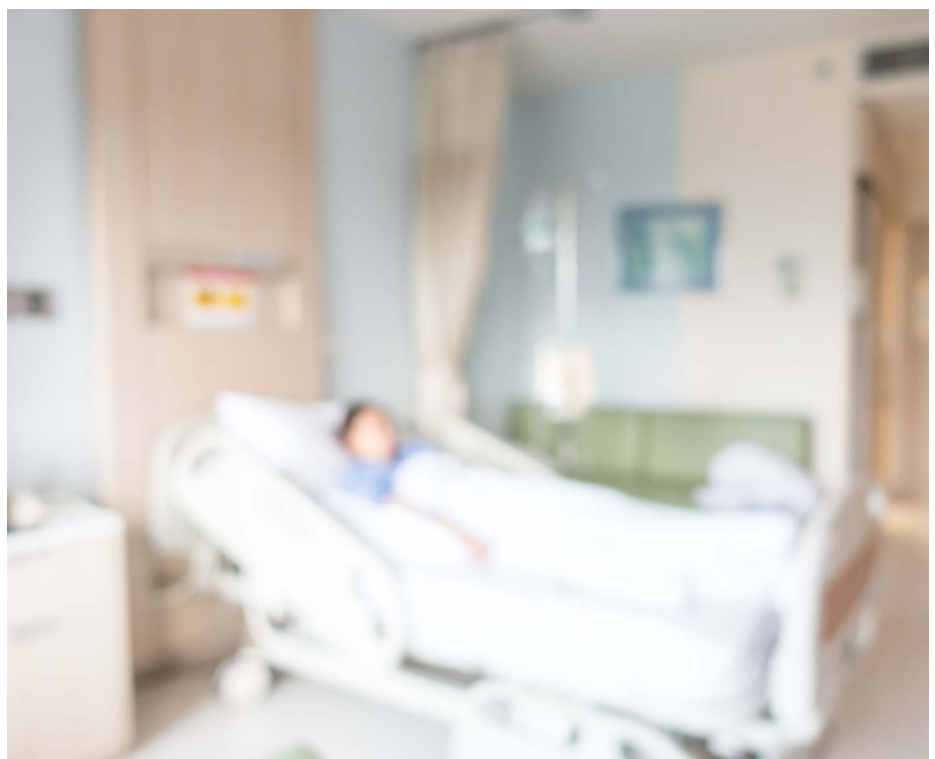
W leczeniu odczynu popromiennego w pęcherzu moczowym istotną rolę odgrywa odpowiednie nawodnienie. W leczeniu farmakologicznym stosuje się leki przeciwzapalne, rozkurczowe, leki antycholinergiczne, antymuskarynowe, kwas hialuronowy.

Odczyn popromienny ze strony szpiku kostnego manifestuje się obniżeniem wartości składników krwi obwodowej. Granulocytopenia wymaga obserwacji w kierunku zakażeń i gorączki neutropenicznej. Zwiększenie liczby białych krwinek w celu zapobieżenia zakażeniom można osiągnąć, stosując czynniki wzrostu kolonii leukocytów.

W leczeniu anemii zastosowanie mają preparaty żelaza i transfuzje masy erytrocytarnej. Przyjmuje się, że z uwagi na konieczność zapewnienia utlenowania guza nowotworowego stężenie hemoglobiny podczas radioterapii powinno być większe od 10g% (tkanki słabo utlenowane są mniej wrażliwe na promieniowanie jonizujące).

Podsumowując

Leczenie onkologiczne jest zazwyczaj długotrwałe i obarczone nieprzyjemnymi dla pacjenta skutkami ubocznymi. Szczególnie w przypadku kojarzenia różnych metod leczenia, wpływa to na jakość życia pacjenta.



BADANIE SPIROMETRYCZNE

Opracowanie : Hanna Świerczyńska
dr nauk humanistycznych

nauczyciel elektrodzielnictwa , Szkoła Policealna Medyczna we Wrocławu, ul. Stawowa 24

Spirometria i badanie obrazowe klatki piersiowej stanowią podstawę rozpoznania i monitorowania leczenia chorób płuc. Dane epidemiologiczne wskazują na to, że obecnie na astmę i POChP cierpi ponad 4 miliony Polaków. Jednocześnie podkreśla się to, że jedynie około 20% chorych na POChP jest leczonych. Jedynym badaniem koniecznym do rozpoznania POChP jest spirometria. Spirometria ma na celu określenie rezerw wentylacyjnych układu oddechowego. Badanie wykonuje się przy pomocy urządzenia zwanego spirometrem. Należy tu podkreślić, że spirometry różnych firm wyposażone są w odmienne oprogramowania, co powoduje przedstawianie wyników w różnych tabelach i konfiguracjach. W różnych miejscach można odszukać wskaźnik Tiffeneau, od którego zawsze należy rozpocząć interpretację wyniku badania spirometrycznego.

RODZAJE BADAŃ SPIROMETRYCZNYCH

1. Pikflogmetria - spirometria domowa, celem tego rodzaju spirometrii jest kontrola i monitorowanie wskaźnika PEF- szybkości wydychania powietrza po głębokim wdechu.

2. Spirometria statyczna - klasyczna zwana również wolną - wykonywany test SVC, ma na celu pomiar objętości i pojemności płuc podczas spokojnego oddychania.

3. Spirometria dynamiczna w tym:

a) wykonywany test FVC, mający na celu pomiar natężenia i objętości przepływającego powietrza podczas natężonego oddychania

b) wykonywany test MVV, istotą testu jest pomiar sumarycznej wartości wentylacji zmierzonej w ciągu 12 sekund, a następnie przeliczona na wentylację minutową

TECHNIKA WYKONYWANIA BADAŃ SPIROMETRYCZNYCH STATYCZNYCH I DYNAMICZNYCH

Na początku należy zaznaczyć, że podział na spirometrię statyczną i dynamiczną jest podziałem typowo metodologicznym. W codziennej praktyce diagnostycznej pod pojęciem „badanie spirometryczne” rozumie się najczęściej badanie wykonane techniką spirometrii dynamicznej- test FVC. Badanie polega na oddychaniu przez ustnik spirometru. Wykonuje się zwykle tzw. spiro-

metrię podstawową, a często również spirometrię po inhalacji leku rozkurczającego oskrzela (czasami określaną jako „spirometria z oceną odwracalności obturacji”).

Zasady prawidłowego wykonania spirometrii. Pacjent: przynajmniej 1 godzinę przed badaniem nie powinien jeść obfitych posiłków, powinien założyć luźne nie krępujące ruchów ubranie, powinien być poinformowany, że osoba prowadząca badanie będzie głośno i stanowczo zachęcać do szybkiego i długiego wydechu, powinien być poinformowany, że prawidłowo wykonane badanie może składać się z kilku różnych manewrów pomiarowych o zbliżonej wartości. W czasie badania pacjent powinien siedzieć wyprostowany na krześle, w przypadku otyłych pacjentów lub kobiet w ciąży dopuszczalna jest pozycja stojąca. Po dokładnym poinformowaniu pacjenta o sposobie badania, należy założyć na nos pacjenta specjalny klips, żeby powietrze nie uciekało przez nos pacjenta. Podać pacjentowi ustnik. Ustnik powinien pacjent objąć zębami, jego wlot powinien znajdować się, co najmniej 2 cm za przednimi zębami. Ustnik dokładnie uszczelnić wargami, żeby powietrze nie uciekało bokami z ust.

Wykonanie testu SVC. Test można rozpocząć wykonując kilka pełnych oddechów w spoczynku, następnie należy powoli nabrać dużo powietrza, jak to możliwe, aż do uzyskania plateau, następnie powoli wypuścić. Badanie kończy się po 3 prawidłowo przeprowadzonych i powtarzalnych manewrach. Odstęp między kolejnymi próbami nie mogą być krótsze niż 1 minuta. Zastosowanie w praktyce diagnostycznej tego testu jest znikome (ograniczone do badań przesiewowych, badań sportowców)

Wykonanie testu FVC. Na samym początku należy podkreślić, że test FVC- spirometria dynamiczna jest w potocznym znaczeniu spirometrią właściwą. W zasadzie test FVC wykonywany jak jako test izolowany. Lekarz kierując pacjenta na badanie spirometryczne ma na myśli właśnie spirometrię dynamiczną, czyli wykonanie testu FVC. Test należy rozpocząć kilkoma spokojnymi oddechami, następnie należy wykonać jak najgłębszy szybki wdech (pomocne jest rozłożenie ramion), po którym należy wykonać jak najszybszy, energiczny

wdech. Manewr powinien być powtórzony kilkakrotnie, tak aby uzyskać przynajmniej 3 poprawne i 2 powtarzalne pomiary, a jeżeli jest to niemożliwe to należy zaprzestać dalszych wysiłków po 8 próbach. Fakt ten należy odnotować na wyniku badania.

Wykonanie testu MVV. Dotychczas nie sprecyzowano przydatności testu MVV dlatego nie jest zalecane rutynowe wykonywanie tego testu. Test zaczyna się kilkoma spokojnymi oddechami, po ustabilizowaniu oddechu należy przez okres 12 sekund wykonywać jak najszybsze i jak najgłębsze wdechy i wydechy z częstotliwością ok. 90/minutę. Badanie powinno składać się z 2 następujących po sobie pomiarach.

Testy dodatkowe wykonywane w warunkach szpitalnych -należy tu wymienić: próby prowokacyjne z histaminą lub metacholiną oraz próbę wysiłkową.

PODSUMOWANIE

Z metodologicznego punktu widzenia badania spirometryczne można podzielić na badania:

1. Pikflogmetria- spirometria domowa
 2. Spirometria wolna, klasyczna test sVR - spirometria ograniczona do badań przesiewowych i badań sportowców
 3. Spirometria dynamiczna w tym test FVC- spirometria właściwa i test MVV- test o nie sprecyzowanej przydatności diagnostycznej
- Przygotowanie pacjenta do każdego rodzaju testu jest jednakowe (pozycja pacjenta, prawidłowe włożenie ustnika). Jakość uzyskanych wyników zależy od zaangażowania zarówno pacjenta jak i osoby przeprowadzającej badanie. Celem badania jest uzyskanie maksymalnych dla osoby badanej wartości ocenianych parametrów wentylacyjnych. W związku z powyższym na badanie spirometryczne nie powinny być kierowane dzieci poniżej 5 roku życia, osoby z demencją oraz osoby z utrudnionym z różnych powodów kontaktem.

Zmarła Kazimiera Żółkiewska

Dnia 26 grudnia 2018 r. – w wieku dziewięćdziesięciu trzech lat – zmarła ogromnie zasłużona dla wrocławskiej służby zdrowia pielęgniarka **Kazimiera Żółkiewska**.

Została pochowana 4 stycznia 2019 r. na Cmentarzu Grabiszyńskim we Wrocławiu.

W związku z tym przypominamy jej publikowane wcześniej wspomnienie, które napisała z okazji Jubileuszu 70-lecia powstania 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu, w którym pracowała od roku 1949.

Komisja Historyczna
Zarządu Oddziału PTP

KĄCIK HISTORYCZNY

Kazimiera Żółkiewska

Urodziłam się 4 grudnia 1925 roku na Wołyniu (kresy) w miejscowości Waćławka. Do 14-tego roku życia byłam szczęśliwym dzieckiem, mieszkając w zamożnym domu ze swoimi najbliższymi.

1 września 1939 r. zamiast szkolnego dzwonka usłyszałam huk bomb z niemieckich samolotów. Właśnie rozpoczęła się II Wojna Światowa. Wówczas nie wiedzieliśmy co nas czeka.

Niedługo bo już 17 września 1939 r. wkroczyły do Polski wojska rosyjskie. Od tej pory zaczął się horror 6-cio letniej okupacji. Rosjanie od razu zaczęli swoje rządy - wywózka na Syberię i do łagrów, walka z kapitalizmem i religią.

Nadszedł czas jeszcze gorszy, banderowcy, zaplanowali dzień w którym mieliśmy zginąć. Sąsiad Ukrainiec nie należący do ich bandy uprzedził nas o ich zamiarach. Nocą omijając ukraińskie wsie wyszliśmy jakby na spacer, zostawiając wszystko co mieliśmy, cały dorobek swojego życia.

Udało nam się znaleźć dach nad głową w miasteczku Międzyrzec w opuszczonym przez Żydów getcie. Zamieszkaliśmy z trzema rodzinami w trzy pokojowym mieszkaniu, w pokojach był tylko sufit i podłoga.

Nie mieliśmy co jeść, ani w co się ubrać, podłoga służyła do spania, siedzenia. Jedzenie przynosili nam ludzie z miasteczka. Panował głód, choroby, świerzb i wszy. Pomagała nam wtedy pewna Ukrainka, która ukradkiem w nocy, przyprowadziła nam jedną z naszych krów. Było to dla wielu rodzin wybawienie od głodu.

Potem znowu Ukraińcy zaczęli napadać na miasteczka, panował strach, Jesienią 1943 r. chodziliśmy spać do kościoła, ale i to nie było bezpieczne. Znowu musieliśmy uciekać do powiatowego miasta Równa.

Wtedy zaczęła się inna sceneria życia, łapanie na ulicach, trzeba było mieć Ken-kartę żeby uniknąć wywozu do Niemiec, kto jej nie miał musiał ukrywać się po piwnicach. Oprócz tego codziennie bombardowania...

W myślach mam ciągle widok szubienicy gdzie wieszali partyzantów i nieraz wisieli tak przez kilka dni.

Następnie odkryła się nowa karta historii. W dniu 2 lutego 1944 r. wkroczyło

wojsko rosyjskie, a po niedługim czasie zobaczyliśmy czołg i żołnierzy w polskich mundurach. Nareszcie nadzieja na lepsze. Oby!

Następnie mobilizacja do I Armii Wojska Polskiego. Wtedy został powołany mój ojciec i brat Waćław.

6 czerwca 1944 dostałam kartę zgłoszenia się do koszar. Odprowadziła mnie mama. Po raz pierwszy jako 18 letnia dziewczyna opuściłam rodzinę. Mnie i moje koleżanki wprowadzili do pomieszczeń z pryzmami pokrytymi słomą. Spałyśmy tam 2 doby, następnie wagonami towarowymi wyruszyliśmy w nieznane.



kurs pielęgniarski - Kiwerce

Jak długo jechaliśmy nie pamiętam. Wyśiadłyśmy w Sumach. Zaprowadzono nas do łożni, kazano zastawić cywilne ubrania i jeszcze najgorsze- obcięto mi moje warkoczki ponieważ we włosach załęgły się wszy. Dostałyśmy wojskowe drelichowe mundury, czapki oraz buty.

Razem z żołnierzami którzy już tam byli przed nami, złożyłyśmy przysięgę wojskową. Ze łzami w oczach spoglądałam na po-wiewającą białą-czerwoną flagę.

(po przysiędze - zdjęcie u góry z lewej, Autorka po prawej)

Rozpoczęły się przydziały do nowych resortów: biura, kuchnia itp. Naszachęcała pani porucznik do wzięcia udziału w organizowanym kursie pielęgniarskim. Zapisalam się na kurs pielęgniarski, wierząc, że największą przysługę na wojnie oddam ratując życie ludziom.

Dalej los powiódł nas z Sum do Żytomierza, a następnie do Kiwerc. Dostałam przydział do Szpitala Polowego Ewakuacyjnego. Mieszkaliśmy w stodole, spaliliśmy na siennikach i poduszkach wypchanych słomą.

Wykłady odbywały się w wiejskiej szkole. Siedziałyśmy w ławkach i słuchałyśmy jak mjr Szpilman opowiadał nam o udzielaniu pomocy rannym. W głowach kotłowało się od anatomii, chirurgii i leczenia chorych. Niestety nie mogłyśmy dalej kontynuować nauki, ponieważ front ruszył już na Warszawę.

Z naszym szpitalem skierowano nas do Łaskarzewa nad Wisłą. Ostałaliśmy Powstanie Warszawskie, tam dopiero dotarło do nas co znaczy słowo „wojna”. Braliśmy udział w walce z Niemcami przeżywałyśmy piekło kiedy było forsowanie Wisły.

Różnymi środkami transportu przywożeni byli ranni, ciężarówkami, furmankami a lekko ranni szli kierując się śladami krwi, którymi złana była droga do naszego szpitala. Woda w Wiśle również była czerwona od krwi rannych żołnierzy. W tym piekle przeżyliśmy godziny grozy ponieważ byliśmy w okrążeniu.

Nie baliśmy się o swoje życie bo trzeba było uspokajać chorych, wysłuchać ich, przyjąć adresy do ich bliskich, czasem napisać parę słów pożegnalnych do rodziców, żon, dzieci, dziewczyn.

Rozpacz nie trwała wiecznie, wreszcie nasze wojsko przerwało front i odbiło nas i nasz szpital. Tu wytrwaliśmy aż do października, kiedy to upadło powstanie warszawskie.

Front pełną parą ruszył naprzód w kierunku Berlina. Nas skierowano na tyły do wyzwolonego już Chełma. W barakach opuszczonych przez Niemców, od podstaw



Chełm – 63 Szpital Ewakuacyjny

organizowałyśmy 63 Szpital Ewakuacyjny.

Kierowano do nas chorych niezdolnych do walki. Ja trafiłam na oddział wewnętrzny. Byli tam chorzy na: gruźlicę, malarię, żółtaczkę, nerki itp. Warunki do leczenia były skrajnie ubogie, dokuczał brak leków, sprzętu, izolacji, wszyscy chorzy byli w jednym pa-wilonie. Brak personelu - na ponad 100 chorych dwóch lekarzy i 1 pielęgniarka Rosjanka i my 2 niedouczone, ja i koleżanka Irena.

Pracowałyśmy bardzo ciężko, 24 godziny na zmianę. Jednocześnie podjęłyśmy naukę na kursie młodszych pielęgniarek. Nieraz nie miałam siły obudzić się wstać i pójść na obiad.

Kurs skończyłam z wynikiem bardzo dobrym. Otrzymałam awans z plutonowego nasierżanta.

Niespotykanym również przeżyciem dla mnie było spotkanie z moim ojcem. Podczas wojny jednostki oznako-

wane były numerami poczty polowej.

Któregoś dnia przyjmując chorego zobaczyłam numer poczty polowej ojca, ugięły się nogi pode mną i łzy popłynęły z oczu. Chory podał mi miejscowość której już dziś nie pamiętam, ale niedaleko ok. 40 km od Chełma. Po dyżurze pomimo zmęczenia z trudem pokonałam drogę: trochę gazikiem wojskowym, trochę furmanką, a resztę na pieszo.

Gdy dotarłam na miejsce i otworzyły się drzwi, a w nich stanął mój ojciec, nikt chyba nie zdziwił się, że ojciec nie poznał własnej córki. Idąc na wojnę, zostawił w domu dziewczynkę z warkoczami, a tu, spotkał sierżanta w mundurze. Dla takiej chwili chciało się dalej żyć.

Następnym szczęśliwym zdarzeniem był dzień w którym dostałam list od mamy z wiadomością że żyją, mama babcia i dwóch braci.

Z frontu nadchodziły coraz lepsze



Chełm – awans na sierżanta



Oddziałowa ginekologii

wiadomości, nasze wojska były coraz bliżej Berlina. Wkrótce największa radość, nadszedł upragniony koniec wojny. Długo jeszcze nie mogliśmy uwierzyć że to prawda.

Koniec wojny przeżyliśmy w Chełmie i tu kończy się praca w szpitalu ewakuacyjnym.

Rozkazem przeniesiono nas do Otwocka, gdzie zorganizowano „Sanatorium Dla Wyższych Oficerów”. Na pierwszy turnus sylwestrowy roku 1945/1946 przybyły same osobistości: marszałek Rola-Żymierski, Rokosowski, generałowie: Popławski, Moguczy, Pławski, Rej, Berling, ministrowie, członkowie rządu. Zaczęło się lepsze życie, zabawy tańce, dobre jedzenie, pięknie urządzona sala.

Po zdemobilizowaniu trzeba wracać do domu, do rodziny. Moja rodzina osiedliła się niedaleko Ścinawy. Mimo wielu przeżyć należymy do najszcześliwszej rodziny na świecie, nikt nie zginął na wojnie, cała rodzina znalazła się w komplecie.

Znowu trzeba było pomyśleć co dalej zżyciem. Wyjechałam do Wrocławia. 1 września 1949 roku zostałam przyjęta do

pracy w 4 Okręgowym Wojskowym Szpitalu jako młodsza pielęgniarka na oddziale wewnętrznym, ordynatorem był dr Baraban. Szpital mieścił się przy ulicy Traugutta.

Cały personel pomagał po pracy przy odbudowie nowego szpitala przy ulicy Czerskiej. Z ulicy Traugutta jeździliśmy na Czerską, porządkować teren sadząc drzewa owo-cowe, a w szklarniach sadziliśmy jarzyny. Sprzątaliśmy po malarzach, a potem nosiliśmy łózka i inne meble urządzając oddziały w naszym szpitalu.

Na przełomie 1950-1951 szpital był już na Czerskiej. Rozpoczęty kurs pielęgniarski w 1949 dla uzyskania tytułu pielęgniarki i czarnego szerokiego paska na czepku, kończyliśmy już łącznie z egzaminem w lutym 1952 roku. I jako dyplomowane pielęgniarki dostawałyśmy stanowiska.

Mnie przypadła praca na Izbie przyjęć, ale na bardzo krótko, ponieważ otwarto oddział ginekologiczno - położniczy, zaproponowano mi stanowisko oddziałowej. Na początku nie bardzo chciałam się zgodzić ponieważ nie byłam pewna, czy sobie poradzę.

Będąc oddziałową przez siedem lat radziłam sobie świetnie, ale musiałam zrezygnować ze stanowiska z powodu częstych zwolnień na chorujące dzieci. Lepiej pasowała mi praca zmianowa.

Zaczęłam pracę na Sali operacyjnej chirurgii ogólnej jako instrumentariuszka.

Kochałam tę pracę - to był mój żywioł. Pracując w okresie powojennym nie było też lek-ko. Dom, dzieci i praca zawodowa.

Udzielałam się w pracach społecznych, dużo pracowałam dla koła PTP, które już wtedy działało bardzo prężnie. Z lekarzami wyjeżdżaliśmy niosąc pomoc ludziom na

wsiach, to były „białe niedziele”.

Musiło jeszcze wystarczyć czasu na sport. Na terenie szpitala było boisko do siatkówki (to była dziedzina sportu jeszcze z czasów szkoły, którą kochałam), nieraz łącznie z komendantem płk. Leszczyńskim graliśmy do zmroku. Życie naszego pokolenia nie pozwalało na nudę.

Nie zapominam też o tym że byliśmy w różny sposób doceniani i nagradzani. Jeżeli chodzi o mnie zostałam nagrodzona: krzyżami, medalami, odznakami, dyplomami, nagrodami pieniężnymi, artykułami w prasie. Najwyższe moje odznaczenie to Krzyż Kawalerski Orderu Odrodzenia Polski, Złoty Medal Siły Zbrojne w Służbie Ojczyzny, Srebrny Medal Sił zbrojnych, Srebrny Krzyż Zasługi, Medal za Zasługi Dla Obronności Kraju, Odznaka Zasłużonych dla Śląskiego Okręgu Wojskowego, Odznaka za Wzorową Pracę w Służbie Zdrowia, a na dodatek prezydent Kwaśniewski awansował mnie z rangi sierżanta do podporucznika.

Dużo wydarzyło się w moim życiu, to są tylko urywki...

Dziś żyję już tylko odliczaniem czasu i za każdy dzień dziękuję Panu Bogu. Żyję również życiem pozostałej mojej ukochanej rodziny: braci z żonami, Zygmunta i Jana, synów Piotra i Maćka, synowych Joli i Krysi, wnuczek Moniki i Kasi, wnuka Pawła i 4 letnią prawnuczkę Iłgusi.



Autorka

Na koniec moich wspomnień chcę przytoczyć słowa, które mam zapisane na odwrocie zdjęcia kursantek z Kiwerc z 1944 roku: „wspomnienia to cicha nuta Wyjęta z tomów przeszłości Wspomnienia to nic wysnuta Ze złotej przedży młodości”



z płk Szpilmanem w Otwocku

ŻYWIENIE RACJONALNE

DROGA DO UTRZYMANIA ZDROWIA

Dr n.med. Anna Felińczak

Odżywianie jest jedną z podstawowych potrzeb życiowych, której realizacja jest niezbędna do podtrzymania życia. Od zarania wieków, życie człowieka związane było z realizacją tej potrzeby.

Wyniki wielu badań naukowych jednoznacznie wskazują, na wpływ sposobu żywienia na zdrowie człowieka. Sposób żywienia, jest elementem zachowań żywieniowych, określanymi jako działania i sposoby postępowania, bezpośrednio związanych z zaspokojeniem potrzeb żywieniowych. Zachowania żywieniowe człowieka, zależne od różnych czynników, wiążą się z wyborem określonej żywności, postawą wobec niej, kupowaniem produktów spożywczych, organizacją posiłków oraz ich częstotliwością spożycia. Zachowania te mogą oddziaływać na stan zdrowia w sposób pozytywny lub negatywny. Skutkiem pozytywnym może być poprawa zdrowia i samopoczucia, natomiast negatywnym pogorszenie stanu zdrowia z powodu złych i nieodpowiednich wyborów. Zbyt duże spożycie produktów typu fast-food bogatych w nasycone kwasy tłuszczowe trans, żywności przetworzonej przyczyniać się będzie do powstawania chorób cywilizacyjnych takich jak zespół metaboliczny, cukrzyca czy otyłość oraz pogorszenia jakości życia.

W związku z tym, że jakość spożywanego pożywienia wpływa na prawidłowość funkcjonowania organizmu, promuje się racjonalny sposób odżywiania, który zapewnia optymalne pokrycie zapotrzebowania naszego organizmu na energię i wszystkie składniki odżywcze w ilościach i proporcjach odpowiadających zapotrzebowaniu. Jest jednym z istotnych czynników zapewniających właściwy wzrost i rozwój, dobre samopoczucie i pełnię zdrowia. Przyczynia się do zaspokojenia potrzeb biologicznych, psychicznych i społecznych jednostki, zapewnia odpowiednią odporność na choroby oraz wspomaga zachowanie sprawności aż do późnej starości.

Całodzienny prawidłowo zbilansowany jadłospis powinien dostarczać organizmowi tzw. niezbędne składniki odżywcze, czyli związki chemiczne, które nie są syntetyzowane przez organizm człowieka, bądź wytwarzane w ilościach niewystarczających. Po strawieniu i wchłonięciu organizm wykorzystuje je jako źródło

energii, materiał budulcowy lub czynnik regulujący procesy życiowe. Ich niedobór objawia się rozwojem chorób. Obecnie przyjmuje się, że organizmowi należy dostarczyć około 60 składników odżywczych, do których zaliczają się: niezbędne aminokwasy egzogenne, niezbędne nienasycone kwasy tłuszczowe (omega-3 i omega-6), witaminy i składniki mineralne oraz inne substancje aktywne biologicznie, których źródłem jest pożywienie. Biorąc pod uwagę, ilość składników odżywczych, które w codziennej diecie powinny być dostarczone jedną z podstawowych zasad żywienia racjonalnego jest urozmaicanie posiłków. Nie ma takiego produktu spożywczego, który dostarczyłby organizmowi wszystkich niezbędnych składników odżywczych. Każda z grup produktów: warzywa i owoce, produkty zbożowe, produkty białkowe i tłuszcze dostarczają innych odżywczych związków. Należy tak planować codzienne posiłki, aby każdego dnia spożywać inne produkty, a nawet urozmaicać ich wybór w ramach tej samej grupy. Racjonalne żywienie powinno uwzględniać optymalnie 5 posiłków dziennie (I śniadanie, II śniadanie, obiad, przekąska, kolacja), w tym pierwszy posiłek spożyty do godziny po przebudzeniu a ostatni około 2-3 godziny przed snem. Regularne spożywanie posiłków, w odstępie 3-4 godzinnych, powoduje, że organizm, który przyzwyczaja się do ciągłego dostarczania odpowiedniej dawki energii i składników odżywczych potrafi nimi racjonalnie gospodarować. Nieregularne przyjmowanie pokarmów sprzyja gromadzeniu się tkanki tłuszczowej. Zbyt długie przerwy pomiędzy posiłkami powodują obniżenie tempa przemiany materii, a to z kolei uruchamia mechanizm gromadzenia na zapas energii z kolejnych posiłków.

W komponowaniu całodziennych jadłospisów należy kierować się normami żywienia opracowanymi przez ekspertów z Instytutu Żywności i Żywienia, które pozwalają określić całodziennie zapotrzebowanie na energię oraz makro- i mikro-składniki, z uwzględnieniem wieku, płci oraz stanu fizjologicznego.

Indywidualnie można obliczyć podstawową przemianę materii (PPM), czyli najniższy poziom energii jaki organizm zużywa na podstawowe procesy życiowe

w spoczynku, korzystając z wzoru Mifflina.

PPM (kobiety) = $(10 \times \text{masa ciała w kg}) + (6,25 \times \text{wzrost w cm}) - (5 \times \text{wiek}) - 161 \text{ kcal}$

PPM (mężczyźni) = $(10 \times \text{masa ciała w kg}) + (6,25 \times \text{wzrost w cm}) - (5 \times \text{wiek}) + 5 \text{ kcal}$

Podstawowa przemiana materii stanowi zazwyczaj 45-75% całkowitej przemiany materii (CPM), czyli całkowitego zapotrzebowania energetycznego organizmu. Wyznaczamy ją mnożąc PPM przez współczynnik aktywności fizycznej (PAL).

Tabela 1. Klasyfikacja poziomów aktywności fizycznej PAL według FAO/WHO/UNO 2004

Poziom współczynnika PAL	OPIS aktywności
1,40-1,69	Mało aktywny
1,70-1,99	Umiarkowanie aktywny
2,00-2,40	Bardzo aktywny

Zgodnie z zasadami żywienia racjonalnego u zdrowych dorosłych osób zawartość poszczególnych makroskładników powinna wynosić odpowiednio: białko od 10-20%, tłuszcze od 20-35%, węglowodany od 45 – 65% całkowitego zapotrzebowania energetycznego. Rozkład energii dla poszczególnych posiłków, zależy od liczby spożytych posiłków w ciągu dnia i tak przy 5 posiłkach powinien kształtować się na poziomie: I śniadanie 20%, II śniadanie 15%, obiad 30%, podwieczorek 15% i kolacja 20% całkowitego zapotrzebowania energetycznego.

Najpopularniejszą formą i jednocześnie najprostszym sposobem przedstawiania zaleceń prawidłowego żywienia jest Piramida Zdrowego Żywienia i Aktywności Fizycznej (2016 r.) wraz z 10 zasadami. Piramida nie tylko pokazuje pożądaną porcję spożycia głównych grup żywności w całodziennym diecie, jednocześnie zwraca uwagę na codzienną aktywność fizyczną jako integralny element zdrowego stylu życia. W aktualnej piramidzie u jej podstawy umieszczono warzywa i owoce, które



Instytut
Żywności
i Żywienia

PIRAMIDA ZDROWEGO ŻYWIENIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ DLA OSÓB W WIEKU STARSZYM

CO TO JEST PIRAMIDA ZDROWEGO ŻYWIENIA I AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ?

Jest to najprostsze i najkrótsze ogólne przedstawienie kompleksowej idei żywienia, której realizacja daje szansę na aktywne i zdrowe starzenie się.

JAK ROZUMIEĆ/CZYTAĆ PIRAMIDĘ?

Piramida to graficzny opis odpowiednich proporcji różnych, niezbędnych w codziennej diecie, grup produktów spożywczych. Im wyższe piętro piramidy, tym mniejsza ilość i częstota spożywanych produktów z danej grupy żywności.

DO KOGO KIEROWANA JEST PIRAMIDA?

Piramida kierowana jest do osób w wieku starszym w celu zachowania dobrego stanu zdrowia.

U wielu osób z chorobami przewlekłymi (otyłość, cukrzyca, choroba niedokrwienna serca, nadciśnienie, osteoporoza) konieczna może być modyfikacja proponowanych zaleceń w porozumieniu z lekarzem i dietetykiem.



SPOŻYWANIE ZALECANYCH W PIRAMIDZIE PRODUKTÓW SPOŻYWCZYCH
W ODPOWIEDNICH ILOŚCIACH I PROPORCJACH ORAZ CODZIENNA
AKTYWNOŚĆ SĄ SZANSĄ NA ŻYCIE W DOBREJ KONDYCJI
PSYCHICZNEJ I FIZYCZNEJ.

dostarczają wielu bezcennych składników takich jak witaminy, minerały czy polifenoli. Podkreślono w ten sposób ich rolę w profilaktyce wielu schorzeń. Kolejną istotną zmianą jest umieszczenie w piramidzie ziół, jako zdrowej alternatywy dla soli.. Ziola

doskonale wzbogacają walory smakowe potrawy jednocześnie dostarczając wielu prozdrowotnych składników. Piramida kierowana jest do osób zdrowych i ma na celu utrzymanie dobrego stanu zdrowia. Przestrzeganie zasad w niej zawartych,

może znacznie zmniejszyć ryzyko rozwoju wielu chorób cywilizacyjnych takich jak: cukrzyca, otyłość, nadciśnienie, osteoporoza czy choroba niedokrwienna serca.

ZASADY ZDROWEGO ŻYWIENIA

związane z Piramidą Zdrowego Żywienia Aktywności Fizycznej dla osób dorosłych

1. Spożywaj posiłki regularnie (4-5 posiłków co 3-4 godziny).
2. Warzywa i owoce spożywaj jak najczęściej i w jak największej ilości, co najmniej połowę, tego co jesz. Pamiętaj o właściwych proporcjach: 3/4 - warzywa i 1/4 - owoce.
3. Spożywaj produkty zbożowe, zwłaszcza pełnoziarniste.
4. Codziennie spożywaj co najmniej 2 duże szklanki mleka. Możesz je zastąpić jogurtem, kefirem i - częściowo - serem.
5. Ograniczaj spożycie mięsa (zwłaszcza czerwonego i przetworzonych produktów mięsnych do 0,5 kg/tyg.). Jedz ryby, nasiona roślin strączkowych i jaja.
6. Ograniczaj spożycie tłuszczów zwierzęcych. Zastępuj je olejami roślinnymi.
7. Unikaj spożycia cukru i słodczy (zastępuj je owocami i orzechami).
8. Nie dosalaj potraw i kupuj produkty z niską zawartością soli. Używaj ziół - mają cenne składniki i poprawiają smak.
9. Pamiętaj o piciu wody, co najmniej 1,5 l dziennie.
10. Nie spożywaj alkoholu.

Tabela 2 Zasady zdrowego żywienia (IŻŻ 2016)



ZACZEPEK ETYCZNY

O ESTETYCE W PIELĘGNIARSTWIE

dr hab. Jarosław Barański - etyk, filozof, kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

W 1826 roku Karol Kaczkowski pisał „Koniecznie wymaga się po infirmarce, żeby staranne koło siebie zachowała ochędostwo”, czyli porządek i czystość (a to ręk, jak i odzieży, bez zbytecznej strojności, która chorego może zakłopotać, czyli z zachowaniem taktu). Stella-Nowicki w 1892 roku dodawał: „Każdy dozorca musi pamiętać nieustannie, że największa czystość ma być zasadą pielęgnowania chorych, mnóstwo bowiem chorób najcięższych pochodzi od drobnych, okiem niedostrzegalnych pyłków, zwanych zarazkami, które przyczepiają się do naszych odzieni, ręk, włosów, dostają się pod paznogie i mogą być od jednego chorego przeniesione do drugiego”.

Czystość ta jako wartość estetyczna, którą pielęgniarka lub położna wytwarza w swoich działaniach, jest warunkiem powodzenia terapeutycznego, a obecność albo brak tej wartości jest jednocześnie przedmiotem jej estetycznego doświadczenia. Dlatego Heliodor Świącicki w wykładzie z 1911 roku „O estetyce w medycynie” zasadzie czystości, szczególnie w pielęgnowaniu ciała, przypisał najważniejszą rolę, a także pisał: „Piękno, świeżość i porządek, są czynnikami estetycznymi, których działalność dobroczynna doniosłego jest znaczenia. Bez takich momentów estetycznych najlepsze nieraz rady nie pomagają w sposób właściwy”. Dlatego też twierdził, że choć medycyna jest nauką, to opiekowanie się chorym jest i było zawsze sztuką. Podobnie Florence Nightingale: „A sztuką tą jest pielęgnowanie chorych. Proszę zauważyć: chorych, nie choroby. Sztukę tę chcemy nazwać właściwym pielęgniarstwem”.

W jaki sposób estetyczność przejawia się w opiece nad pacjentami? Świącicki wyjaśnia: „Z chwilą, gdy choć jedna cząstka organizmu nie domaga, zachoruje, zamię choroby udziela się wszystkim funkcjom ustroju. Człowiek taki przedstawia stan estetycznie nie piękny, bo jest w nim rozdźwięk i rozstrój”. Nie tylko leczenie, ale i opieka pielęgniarska wprowadza harmonię i przywraca piękno pacjentowi, bo przecież „Choroba oszpeca człowieka”, a każdy ból, każde cierpienie, wszelkie objawy choroby czy niesprawność są świadectwem dysharmonii ludzkiego ciała. „Czyż nie jest zasługą estetyczną – pyta Świącicki – dążność nasza do utrzymania harmonii wewnętrznych organów ciała?”, także do przywrócenia albo wytworzenia

tych zdolności ciała chorego, które są wyrazem zdrowia, pożądanym przez niego stanem odczuwania, właśnie – doświadczenia własnego ciała i samego siebie?

Estetyczne zadanie pielęgniarstwa polega na odciążeniu pacjenta od znamion choroby bądź też jej skutków: objawów, także takich, które czynią z chorego osobę zrezygnowaną, pogrążoną w smutku, bezradną, słabą, niesprawną, brudną – po prostu niepiękną. Estetycznym działaniem pielęgniarki jest wydobyć piękno tej osoby, usunięcie tego, co chorego właśnie szpeci, bo szpetota czyni chorobę i pobyt w szpitalu tak nieznośnym, bo zawstydzającym, upokarzającym, odbierającym poczucie własnej godności: „Myślenie lub postrzeganie siebie jako zaniebabanego lub brudnego przynębia, zwłaszcza pacjentów cierpiących z powodu urazu, niesprawności lub choroby” – pisała Nightingale.

Celem estetycznego postępowania pielęgniarki i położnej jest uzdolenienie pacjenta, pacjentki do wykorzystania jego potencjału psychofizycznego dla osiągnięcia w trakcie leczenia bądź zdrowienia – ujmując najprościej – sprawności fizycznej i dobrego samopoczucia, czyli niezbędnych dyspozycji, które pozwalają pacjentom czuć się zdrowymi lub zdrowszymi. Zdrowie bowiem nie jest stanem, w którym jedynie funkcje organiczne przebiegają prawidłowo, lecz stanem, w którym ciało przynależy potencjał działania w jego dyspozycjach.

Estetyczny wymiar postępowania pielęgniarskiego tkwi nadto w delikatności przeprowadzanych zabiegów, w tym także staraniu, aby wykonywać je we właściwym czasie (ze względu na pacjenta lub ze względu na jego stan). O sztuce opiekowania



się pacjentem decydują również zdolności percepcyjne pielęgniarki lub położnej, które mają funkcję diagnostyczną. Wnikliwa obserwacja pacjenta, estetycznych własności jego ciała, warunkuje wyobraźnię, która w swej kreatywnej postaci polega na szybkiej asocjacji doświadczonych wyglądków ciała pacjenta, w tym jego reakcji, także gestów czy mimiki, tonu głosu. Jest to wyobrazeniowa zdolność poznawcza, która decyduje o talencie, również i o biegłości w sztuce pielęgniarskiej bądź położniczej. To także, według Miłosa Jenicka, otwartość umysłu, elastyczność rozumowania, zdolność do ustanowienia dobrej relacji z pacjentem, manualna i czuciowa zręczność, zdolności do rozumienia problemów pacjenta.

Jest jeszcze jeden wymiar sztuki pielęgniarskiej – harmonia moralnego charakteru osób sprawujących opiekę medyczną nad pacjentami: „Sztuka opiekowania się chorymi wymaga znajomości ludzi, miłości bliźniego, panowania nad sobą, taktu i najidealniejszej ludzkości”; trzeba mieć, pisał Świącicki, „serce, pełne szlachetnych uczuć i oko, przenikające wszelkie potrzeby serca pacjenta”. Każdy bowiem troszczący się o chorego „Winien nie tylko znać ludzi, ale odczuwać żywo ich uczucia, mieć zrozumienie wszystkiego, co dla człowieka ważne ma znaczenie”. To ta harmonia zdolności moralnych ma kojący wpływ na pacjentów. Tutaj rodzi się profesjonalizm – w zaletach moralnych, których obecność w obchodzeniu się z pacjentem daje mu poczucie bezpieczeństwa, wsparcia i zrozumienia.

INFORMACJA ODNOŚNIE

ZMIANY WYSOKOŚCI OPŁAT W ROKU 2019

1. Wysokość składki członkowskiej

Zgodnie z Uchwałą nr 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie zmiany uchwały VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych nr 18 z dnia 20 stycznia 2016 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału dla osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłączenie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych wysokość składki wynosi **0,75%** przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego.

Zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 18 stycznia 2019r. przeciętne miesięczne wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w czwartym kwartale 2018r. wyniosło **5071,25 zł**. Wobec powyższego wysokość składki dla osób wymienionych powyżej wynosi **38,03 zł**.

2. Działalność lecznicza

Zgodnie z art. 105 ust. 1. Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (Dz.U.2018.2190 t.j.)

Wpis do rejestru podlega opłacie wynoszącej:

1) 2% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru – w przypadku lekarza lub pielęgniarki, – zaokrąglonej w górę do pełnego złotego.

Zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 18 stycznia 2019r. przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w 2018r. wyniosło 4851,61 zł.

Wobec powyższego opłata od wpisu wynosi 98,00 zł.

Natomiast zgodnie z art. 105 ust. 2. Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. (Dz.U.2018.2190 t.j.) zmiana wpisu w rejestrze podlega opłacie stanowiącej 50% wysokości opłaty, o której mowa w ust.1.

Wobec powyższego opłata od zmiany wpisu wynosi 49,00 zł.

3. Wniosek o wpis/wpis zmiany danych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

Zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 18 stycznia 2019r. w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w 2018r. uprzejmie informuję, iż przeciętne miesięczne wynagrodzenie w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku w 2018r. wyniosło **4851,61 zł**.

Wobec powyższego zgodnie z art. 76 ust. 5 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011r. (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 123 ze zm.) „Wysokość opłaty, o której mowa w ust. 4, wynosi 6% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłat nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego, w drodze obwieszczenia, przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis, zaokrąglonego w górę do pełnego złotego”, wysokość opłaty za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych w roku 2019r. wynosi **292,00 zł**.

Obecnie poszukujemy do naszego szpitala do współpracy na stałe lub dorywczo:

PIELĘGNIARKI / PIELĘGNIARZA



Poszukujemy osób, które oprócz odpowiednich kwalifikacji posiadają:

- optymizm, uśmiech i chęć niesienia pomocy,
- bardzo dobrą organizację pracy.

Oferujemy miejsce pracy, w którym znajdziecie:

- zatrudnienie w oparciu o umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną, w preferowanym wymiarze godzin,
- pracę w profesjonalnym zespole,
- rozwój poprzez szkolenia oraz różnorodność zadań,
- możliwość wprowadzania własnych pomysłów do pracy zespołu,
- przyjazną, wręcz rodzinną atmosferę,
- pracę w branży, której misją jest ratowanie zdrowia i życia ludzi.

Wszystkie osoby zainteresowane prosimy o przesłanie CV na adres rekrutacja@szpitalstrzelin.pl lub kontakt telefoniczny tel. 71 326 48 35 (od poniedziałku do piątku w godzinach 9-16).

Uprzejmie prosimy o umieszczanie na CV klauzuli:

obowiązkowo: „Zgadzam się na przetwarzanie przez Strzeleckie Centrum Medyczne sp. z o.o. ul. Wrocławska 46 w Strzelinie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu rekrutacyjnym i załączonym CV w celu prowadzenia rekrutacji na stanowisko wskazane w ogłoszeniu.”

dotychczasowo: „Zgadzam się na przetwarzanie przez Strzeleckie Centrum Medyczne sp. z o.o. ul. Wrocławska 46 w Strzelinie moich danych osobowych zawartych w zgłoszeniu rekrutacyjnym i załączonym CV w celu rekrutacji przyszłych przez okres 5 lat lub do momentu wycofania zgody.”

ZAPOMOGA SOCJALNA DLA EMERYTÓW

DOIPIP we Wrocławiu uprzejmie informuje, że osoby odchodzące na emeryturę, rentę lub świadczenie przedemerytalne mogą ubiegać się o jednorazową bezzwrotną zapomogę socjalną w wysokości 500,00 zł. Zgodnie z regulaminem przyznawania zapomóg członkowie DOIPIP we Wrocławiu ubiegający się o zapomogę socjalną muszą złożyć:

- wypełniony oryginalny druk wniosku
- dołączyć kserokopię decyzji ZUS-u (zaświadczenie o przysługującym świadczeniu: emerytura, renta, świadczenie przedemerytalne)
- wypełniony załącznik nr 6 (zaświadczenie o odprowadzaniu składki na rzecz DOIPIP we Wrocławiu co najmniej przez 2 lata przed uzyskaniem świadczenia czyli emerytury, renty, świadczenia przedemerytalnego)
- wypełniony załącznik nr 4 (informacja podatkowa)
- wypełniony załącznik nr 3 (podanie o dokonanie przelewu)

Dokumenty należy pobrać z zakładki: POMOC FINANSOWA/ZAPOMOGA SOCJALNA/WNIOSEK

Wnioski rozpatrywane są w trzeci wtorek każdego miesiąca.

UWAGA! : Wniosek należy złożyć w ciągu 12 miesięcy od daty otrzymania decyzji z ZUS (data na dokumencie z ZUS)



Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia

ALMACH

Konto bankowe fundacji: 70 9557 1032 0000 2424 2000 0001

ul. Kulińska 2
87-800 Wrocławek

tel. 54 237 16 34

KRS: 0000154303

REGON: 911327517

NIP: 888-27-47-997

fundacja.almach@gmail.com

Zarząd Fundacji Pracy i Ochrony Zdrowia Almach z wiarą w dobro i wielkie serce Pielęgniarek, Położnych, Pielęgniarzy oraz Pracowników Ochrony Zdrowia, jak również ich rodzin, znajomych i wszystkich ludzi dobrej woli ośmiela się prosić o wsparcie i przekazanie 1% podatku dochodowego wypełniając zeznanie podatkowe w okresie 1.01-30.04.2019r.

Wypełniając odpowiednią rubrykę w rocznym zeznaniu podatkowym wpisujemy Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia Almach i KRS: 0000154303 oraz cel szczegółowy „Dom Seniora – Dom Pielęgniarki i Położnej”.

Każda wpłacona złotówka z podatku oraz dar Waszych serc przybliży uruchomienie Domu Seniora Pielęgniarki w tym roku, da radość i bezpieczeństwo potrzebującym pomocy.

Za Dary Serc dziękuję



WWW.FUNDACJA-ALMACH.ORG.PL

Z okazji przejścia na emeryturę PIEŁĘGNIARCE ELŻBIECIE MACIĄG

składamy serdeczne podziękowania za wieloletnią, pełną zaangażowania pracę, za dzielenie się wiedzą i doświadczeniem zawodowym, za koleżeńską postawę, służenie wsparciem i pomocą, za wrażliwość, serce i uśmiech...
Życzymy zdrowia, wszelkiej pomyślności, spełnienia planów i marzeń związanych z nowym okresem życia.

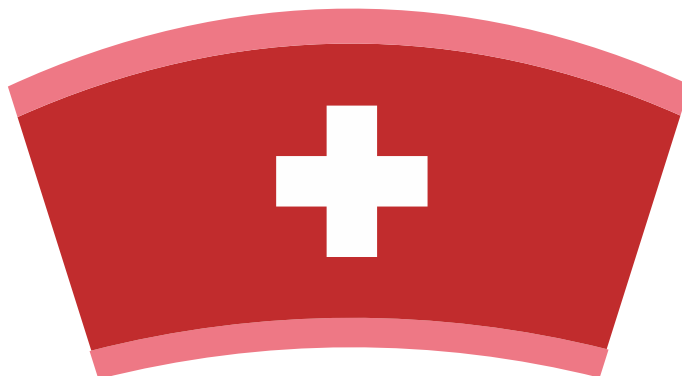
Pielęgniarka oddziałowa
z całym Zespołem Oddziału Kardiologii w WSS we Wrocławiu.





Szanowni Państwo

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego zwraca się z uprzejmą prośbą o wsparcie działalności statutowej naszego Towarzystwa.



Jesteśmy Towarzystwem naukowym nasza działalność ma na celu propagowanie dziedzictwa zawodu pielęgniarskiego. Realizacja zadań statutowych wymaga nakładów finansowych.



SAM ZDECYDUJ CO ZROBISZ Z 1% SWOJEGO PODATKU

Wystarczy wypełnić standardowy formularz rocznego zeznania podatkowego (PIT), którego używasz każdego roku, a w nim rubrykę "Wniosek o przekazanie 1% podatku należnego na rzecz Organizacji Pożytku Publicznego". Są to trzy pola, w które wpisujesz:

- pełną nazwę: **Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie**
- nasz numer wpisu do KRS: **0000065 610**
- obliczoną równowartość **1% podatku należnego**

PKO BP S.A. XV O/Warszawa, nr: 11 1020 1156 0000 7202 0050 1601

**Serdecznie dziękujemy za wsparcie
i życzliwość dla środowiska pielęgniarskiego.
Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego**

Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia Almach będzie organizować szkolenie pt. **„Prawo dla pielęgniarek i położnych”.**

Program szkolenia znajduje się na drugiej stronie.

Dodatkowo obecny będzie drugi prelegent z wykładem na temat **Socjologii zdrowia** z programem:

- Przedmiot socjologii zdrowia. Teorie Schutza i Parsonsa,
 - Zdrowie i choroba w socjologii,
 - Społeczne uwarunkowania zdrowia,
 - Społeczne konsekwencje choroby,
 - Zaburzenia psychosomatyczne,
 - Jakość życia,
 - Zachowania społeczne otaczające narodziny i śmierć.
- Wykładowca – mgr socjologii, doktorant Łukasz Szatkowski

**Szkolenie dla pielęgniarek i położnych odbędzie się
w dniach 5-6 kwietnia 2019 roku.**

Cena szkolenia 350 zł.

Cena zawiera:

- szkolenie
- 3 noclegi
- wyżywienie
- 1 wycieczkę



**Do ośrodka zgłaszamy się 4 kwietnia do godz. 17:00. Osoby korzystające ze szkolenia bez noclegów rozliczane będą indywidualnie.
Zaliczkę w kwocie 200 zł uczestnik płacić będzie po uzyskaniu informacji drogą mailową po 1 marca.**

**Zgłoszenia na w/w szkolenie prosimy przysyłać drogą e-mailową na adres:
fundacja.almach@gmail.com w temacie maila wpisując:
„Zgłoszenie na szkolenie” a w treści ilość osób, ich imiona i nazwiska oraz numer telefonu do osoby zgłaszającej.**



AKADEMIA PRAWA *dla* PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

szkolenia o tematyce prawniczej dedykowane pielęgniarkom i położnym

organizator szkoleń: Fundacja Pracy i Ochrony Zdrowia ALMACH

miejsce szkoleń: Dom Pielęgniarki i Położnej w Tylmanowej
Os. Obłaz Wyżny 318, 34-451 Tylmanowa

kontakt: fundacja.almach@gmail.com

moduły szkoleniowe

moduł 01

Wynagrodzenia pielęgniarek i położnych - problematyka prawna

Tematyka szkolenia to uprawnienia pielęgniarek i położnych w kontekście ich wynagrodzeń, ze szczególnym uwzględnieniem tzw. "dodatków Zembali" oraz przepisów o minimalnym wynagrodzeniu pracowników medycznych.

moduł 02

Umowa o pracę, czy kontrakt? - czyli aspekty prawne różnych form wykonywania zawodu przez pielęgniarki i położne

Celem szkolenia jest wskazanie różnic pomiędzy wykonywaniem zawodu przez pielęgniarki i położne na podstawie umowy o pracę i kontraktu, ze szczególnym uwzględnieniem odmienności co do zasad odpowiedzialności odszkodowawczej.

moduł 03

Mobbing w służbie zdrowia - jak się przed nim bronić.

Szkolenie prezentuje całokształt problematyki związanej z mobbingiem, ze szczególnym uwzględnieniem środków ochrony prawnej przysługujących pielęgniarkom i położnym.

moduł 04

Dokumentacja medyczna w praktyce pielęgniarki i położnej

Problematyka szkolenia obejmuje zasady prowadzenia dokumentacji medycznej przez pielęgniarki i położne, ze szczególnym uwzględnieniem sytuacji, gdy pacjentem jest osoba małoletnia lub niezdolna do świadomego wyrażania woli.



wykładowca

radca prawny Jacek Cudny

praktyk specjalizujący się od lat w obsłudze podmiotów leczniczych, posiada doświadczenie wykładowcy akademickiego i wykładowcy na kursach specjalistycznych dla pielęgniarek i położnych, autor artykułów publikowanych w czasopismach branżowych, takich jak "Analiza przypadków w pielęgniarstwie i położnictwie", "Położna".

Naszej Koleżance

Marii Ramut

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci
Teścia

składają : Ordynator, Pielęgniarka Oddziałowa
wraz z całym Zespołem Oddziału Urologii
i Onkologii Urologicznej
DSS im. T. Marciniaka CMR we Wrocławiu

"Życie to czas, w którym szukamy Boga.

Śmierć to czas, w którym Go znajdujemy.

Wieczność to czas, w którym Go posiadamy".

(św. Franciszek Salezy)

Pani Marii Smolińskiej

wyrazy głębokiego współczucia, wsparcia i otuchy
po śmierci Brata

składają Przyjaciele
z Oddziału Kardiologii WSS we Wrocławiu.

„Ludzie, których kochamy zostają na zawsze,
bo zostawili ślady w naszych sercach"

Wyrazy szczerego współczucia, wsparcia oraz słowa otuchy dla

Elżbiety Rapior

Z powodu śmierci TATY

składają współpracownicy oddziału Neonatologicznego
we Wrocławiu Szpitala im. J. Gromkowskiego.

Naszej Koleżance

Małgosi Szul

Wyrazy najgłębszego współczucia i żalu
oraz słowa wsparcia i otuchy z powodu śmierci
Męża

składają:

Ordynator Oddziału , Położna Oddziałowa
wraz z całym Zespołem Oddziału Ginekologii
SPZOZ MSWiA ul. Ołbińska 32 we Wrocławiu

„Życie przemija, jednak pamięć o kochanej osobie
pozostaje w sercach na zawsze"

Koleżance

Dorocie Kopczyńskiej

wyrazy współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci TATY

składają

Koleżanki Z USK przy ul. Wybrzeże Ludwika Pasteura 2
z Medycyny Pracy.

*"Wszystko ma swój czas, i jest wyznaczona godzina
na wszystkie sprawy pod niebem"*

Księga Koheleta

Renacie Tymiak

Wyrazy szczerego współczucia i żalu po śmierci
MAMY

składają

Pielęgniarki i Położne z NZOZ Multi-Medyk sp.z o.o.

KOMUNIKAT

XXXVI Zjazd Delegatów DOIPiP we Wrocławiu

Szanowni Delegaci,

Uprzejmie informujemy, że w dniu 30 marca 2019r. o godzinie 9.00
odbędzie się **XXXVI Zjazd Delegatów DOIPiP we Wrocławiu**
(Hotel "Q Hotel Plus" ul. Zaolziańska 2 we Wrocławiu)

Materiały zjazdowe otrzymacie Państwo w terminie regulaminowym pocztą.
Obecność Delegatów obowiązkowa.

mgr Anna Szafran Przewodnicząca DORPiP we Wrocławiu



Nieobecność wymaga usprawiedliwienia pisemnego.