

W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH



2019

UWAGA NA NOWE AKTY PRAWNE

O DAREMNOŚCI W LECZENIU - ZACZEPEK ETYCZNY

TYPY LEKARZY - NIEKTÓRE RELACJE
LEKARZ - PACJENT . UJĘCIE TYPOLOGICZNE



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 Kolańska, Beata Łabowicz,
Beata Dąbrowska, Teresa Szerszeń, Małgorzata Mazur

Redakcja techniczna, skład, korekta, i przygotowanie
do druku – emildruk.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 10.01.2019 r.
Do druku przygotowano 10.01.2019 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.**

KONSULTANCI WOJEWÓDZCY W DZIEDZINACH:

► **PIELĘGNIARSTWO** – dr n. o zdr. Jolanta Kolańska
UM Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Bartła 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.pielgniarka@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. Bartła 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 Bartła 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-Czachor
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu
pl. Hirszfelda 12, 53-413 Wrocław
T: 71 36 89 260, 603 38 58 98
E: e.garwacka@gmail.com

► **PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ**
– dr n. med. Dominik Krzyżanowski
Bonifraterskie Centrum Opieki Hospicyjnej
w Bonifraterskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
ul. Poświęcka 8a, 51-128 Wrocław
T: 608 585 295
E: d.krzyzanowski@bonifraterskiecentrumzdrowia.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

Nowy rok to nowe oczekiwania, wyzwania i postanowienia. Nie zawsze nam się udaje dotrzymać postanowień noworocznych, ale zawsze warto próbować. Natomiast w pielęgniarstwie i położnictwie duże zmiany związane przede wszystkim z wprowadzeniem norm zatrudnienia w przeliczeniu na łóżko, które już w pierwszych dniach funkcjonowania spowodowały duży szum medialny i konieczność likwidacji części łóżek w wielu szpitalach z powodu braku pielęgniarek. Położne z kolei powinny zapoznać się ze zmianami w organizacji opieki okołoporodowej, które obowiązują od 1 stycznia 2019r. Informacje na ten temat znajdziecie Państwo w tym numerze biuletynu.

Prezentujemy również relacje z konferencji, które odbyły się pod koniec ubiegłego roku i cieszyły się dużym uznaniem wśród uczestników. Polecamy zwłaszcza dwa bardzo ciekawe wystąpienia konferencyjne nt. typów pacjentów i typów lekarzy.

Wiele z nas ze wzruszeniem wspomina czas ukończenia szkoły pielęgniarstwie i uroczyste czepkowanie. Przedstawiamy fotorelację z wręczenia dyplomów i uroczystego czepkowania absolwentów WNO Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo.

Pragniemy również, aby na łamach naszego czasopisma zagościł kącik historyczny, w którym będziemy zamieszczać wspomnienia lub życiorysy dolnośląskich pielęgniarek i położnych. W styczniowym biuletynie swoimi wspomnieniami podzieliła się pani Jadwiga Topp.

Zaczepek etyczny w tym miesiącu o daremności w leczeniu. Z pewnością wielokrotnie spotykaliście się z tym dylematem etycznym w pracy zawodowej, a może temat ten będzie przyczynkiem do dyskusji w wolnej chwili?

*Zapraszamy do lektury!
Redakcja*

W NUMERZE:

- | | | |
|--|--|----------------------------|
| 4 Uwaga na nowe akty prawne | 14 Typy pacjentów- Konferencja naukowo- szkoleniowa: Wrocław - 7 grudnia 2018 | 23 Zaczepek etyczny |
| 6 Wręczenie dyplomów ukończenia studiów wyższych | 17 Relacja z konferencji pt. „ Żyć godnie do końca” | 24 Ogłoszenia |
| 8 Relacja z konferencji pt. „ Pielęgniarka, położna, lekarz, pacjent – współpraca i zrozumienie”. | 19 Kącik historyczny | 26 Pamięć i serce |
| 10 Typy lekarzy - niektóre relacje lekarz - pacjent . Ujęcie typologiczne | 22 Spotkanie przedświąteczne zespołu emerytowanych pielęgniarek i położnych | |

UWAGA NA NOWE AKTY PRAWNE!

Urszula Olechowska
Sekretarz DORPiP

Od 1 stycznia 2019 roku obowiązują nowe przepisy dotyczące pielęgniarek i położnych w tym : w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w oddziałach szpitalnych, zmiany do standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz zmiany standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego zostało podpisane 11 października, zaś opublikowane 19 października. Rozporządzenie wchodzi w życie od 1 stycznia 2019 r

Od 1 stycznia 2019 roku na oddziałach zachowawczych na jedno łóżko szpitalne ma przypadać 0,6 etatu pielęgniarskiego, na zabiegowych - 0,7. Kolejne zmiany szpitale czekają od 1 lipca 2019 roku , będą dotyczyć opieki nad dziećmi. Na oddziale zachowawczym pediatrycznym na jedno łóżko ma przypadać 0,8, na zabiegowym dziecięcym - 0,9 etatu pielęgniarskiego.

Pełny tekst rozporządzenia na : www.doipip.wroc.pl w zakładce : prawo dla pielęgniarek i położnych.

Zmiany w organizacji opieki okołoporodowej – 1 stycznia 2019 r. wchodzi w życie nowy standard organizacyjny.

11 września 2018 r. w Dzienniku Ustaw opublikowane zostało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. poz. 1756) Nowy standard to dokument, który w sposób kompleksowy obejmuje organizację opieki sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu oraz nad noworodkiem. Standard będzie obowiązywał we wszystkich podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej.

Oczekiwane korzyści

- Korzyści dla kobiet – standard stawia kobietę w okresie okołoporodowym i jej dziecko w centrum zainteresowania personelu medycznego sprawującego nad nimi opiekę
- zapewni podmiotowe traktowanie, dialog i respektowanie praw pacjenta
- ułatwi podjęcie najlepszej decyzji co do zachowań prozdrowotnych w okresie ciąży,

sposobu i wyboru miejsca porodu oraz opieki nad noworodkiem,

- wyposaży w wiedzę i możliwość odniesienia, porównania, czy zastosowane wobec niej działania były właściwe,
- ujednolici sposób postępowania personelu medycznego, bez względu na miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
- dla lepszego komfortu rodzącej pozwoli na zapoznanie się ciężarnej z miejscem porodu, wypełnienie dokumentacji medycznej oraz odbycie konsultacji anestezjologicznej przed porodem (w miarę możliwości organizacyjnych podmiotu leczniczego),
- nie wyklucza spożywania przez rodzącą posiłków w trakcie porodu (pozostawiając tę kwestię do decyzji osoby sprawującej opiekę);
- pozwoli na objęcie matki i dziecka uniwersalnymi zasadami, również w przypadku czasowo pojawiających się powikłań.

Korzyści i zadania dla personelu medycznego – standard daje podstawę, do której personel medyczny powinien się odnieść, aby jakość wykonywanej przez niego pracy była jak najlepsza:

- zapewni właściwą i jednolitą organizację pracy, w sposób najbardziej efektywny wykorzystując cały potencjał kadry, przy jednoczesnym zagwarantowaniu bezpieczeństwa pacjentom,
 - zapewni poczucie bezpieczeństwa pacjentom jak również personelowi, który postępuje zgodnie z jego zasadami,
 - pomoże przyczynić się do zmniejszenia liczby interwencji medycznych, niewynikających ze wskazań medycznych, w tym liczby cięć cesarskich,
 - podmioty wykonujące działalność leczniczą udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki okołoporodowej będą zobowiązane do ustalenia wskaźników opieki okołoporodowej i ich monitorowania, nie rzadziej niż raz w roku, kierując się w szczególności ograniczaniem interwencji medycznych oraz oceną satysfakcji kobiet objętych opieką w celu oceny skuteczności zaplanowanych i podejmowanych działań.
- Dodatkowo:
- standard podnosi rangę zawodu położnej, wskazując właściwe jej miejsce w opiece nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem, połogiem i opieką nad zdrowym noworodkiem (opieka w sali porodowej/oddziale porodowym powinna być realizowana

wyłącznie przez położną);

- wyznacza ramowy program edukacji przedporodowej co w znacznym stopniu ujednolici treści przekazywane kobietom w ciąży i wskazanym przez nią osobom bliskim, zapewni właściwą jakość edukacji, lepsze przygotowanie do porodu, a także zmniejszy lęk przed porodem i opieką nad dzieckiem,
- wskazuje na konieczność zakończenia ciąży przed końcem 42 tyg. bez wcześniejszej hospitalizacji, jeżeli nie występują niepokojące objawy zagrażające zdrowiu i życiu matki i dziecka,
- wprowadza konieczne zmiany w świadczeniach profilaktycznych i działaniach w zakresie promocji zdrowia oraz badaniach diagnostycznych i konsultacjach medycznych u kobiet w okresie ciąży,
- doprecyzowuje przepisy dotyczące wyboru położnej jeszcze przed porodem (w 21-26 tygodniu);
- definiuje zalecane metody łagodzenia bólu porodowego, zakres współpracy pracowników medycznych sprawujących opiekę nad rodzącą i ich kwalifikacje, odpowiedzialność za przebieg porodu z zastosowaniem tych metod, zakres i sposób monitorowania rodzącej i płodu,
- uwrażliwia na potrzeby i wskazuje właściwą organizację opieki nad kobietą w sytuacji szczególnej, do której zalicza się rozpoznanie podczas ciąży ciężkiej choroby lub wady dziecka, poronienie, urodzenie dziecka martwego, niezdolnego do życia, chorego lub z wadami wrodzonymi,
- wspiera karmienie piersią przez zapewnienie właściwej organizacji i warunków prawidłowej laktacji i odżywiania noworodka, w tym:
 - a) właściwą edukację przedporodową dotyczącą wsparcia w laktacji i rozwiązywania problemów z nią związanych,
 - b) wzmocnienie znaczenia nieprzerwanego kontaktu noworodka z matką bezpośrednio po porodzie (kontakt „skóra do skóry”), aby jak najszybciej zainicjować pierwsze karmienie,
 - c) dostarczenie matce przez położną informacji spójnych i zgodnych z aktualną wiedzą na temat laktacji w zakresie korzyści i metod karmienia piersią,
 - d) podawanie sztucznego mleka początkowego na zlecenie lekarza lub zgodnie z decyzją matki, po wcześniejszym udzieleniu jej informacji o takim żywieniu,

e) zapewnienie każdej potrzebującej matce sprzętu do skutecznego pozyskiwania mleka kobiecego (obowiązek od 2022 r.),

f) zachęcanie podmiotów leczniczych do podawania mleka z Banku Mleka Kobiecego noworodkom przedwcześnie urodzonym, w tym o znacznej niedojrzałości, które nie mogą być karmione mlekiem biologicznej matki, jednocześnie rekomendując prowadzenie działań na rzecz stymulacji lakta-

cji u matki dziecka,

g) przestrzeń, w których udzielane są świadczenia zdrowotne skierowane do kobiet w ciąży i noworodków wolna od treści i działań reklamowych i marketingowych związanych z preparatami do początkowego żywienia niemowląt i przedmiotów służących do karmienia niemowląt, aby zmniejszyć ryzyko przedwczesnej rezygnacji z karmienia piersią,

h) profesjonalna opieka położnej w miejscu zamieszkania albo pobytu matki i jej dziecka,

i) wsparcie w zakresie karmienia piersią i poradnictwo laktacyjne udzielane przez położną nie kończy się po odbyciu wizyt patronażowych.

Zmiana rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

Na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz. U. poz. 2218) § 16 i § 17 otrzymują brzmienie:

"§ 16. 1. Pielęgniarki wykonujące przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia czynności przewidziane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.

U. poz. 215 oraz z 2007 r. poz. 1133) dla przeszkolonych pielęgniarek, niespełniające wymagań określonych w § 2 pkt 6, mogą wykonywać czynności przewidziane dla pielęgniarki anestezjologicznej nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r.

2. Podmioty lecznicze niespełniające w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia wymagań dotyczących odrębności oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci i oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii lub, w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych wyłącznie z zakresu anestezji, odrębności oddziałów anestezjologii dla dzieci i oddziałów anestezjologii dostosują się do wymagań określonych w § 4 ust. 1 i 2 w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2021 r.

3. Lekarz będący przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia kierującym oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziałem anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziałem anestezjologii lub oddziałem anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniający wymagań określonych w § 4 ust. 10, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r.

4. Pielęgniarka będąca przed dniem wejścia

w życie niniejszego rozporządzenia pielęgniarką oddziałową oddziału anestezjologii i intensywnej terapii lub oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci albo oddziału anestezjologii lub oddziału anestezjologii dla dzieci w szpitalu, niespełniająca wymagań określonych w § 4 ust. 11, może pełnić tę funkcję nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2021 r.

§ 17. 1. Podmioty lecznicze prowadzące szpitale, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2021 r.

2. Podmioty wykonujące działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, które w dniu wejścia w życie niniejszego rozporządzenia nie spełniają wymagań określonych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia, dotyczących "Wposażenia stanowiska znieczulenia", dostosują się do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2021 r."

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 30 grudnia 2018 r.



WRĘCZENIE DYPLOMÓW

UKOŃCZENIA STUDIÓW WYŻSZYCH ABSOLWENTÓW WYDZIAŁU NAUK O ZDROWIU UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO IM. PIASTÓW ŚLĄSKICH WE WROCŁAWIU.

Anna Szafran - Przewodnicząca DORPiP we Wrocławiu

W dniu 7 grudnia 2018 r. odbyło się uroczyste wręczenie dyplomów ukończenia studiów wyższych absolwentom Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.

W uroczystości udział wzięli absolwenci sześciu kierunków: pielęgniarstwo, położnictwo, fizjoterapia, zdrowie publiczne, ratownictwo medyczne, dietetyka.

Absolwentów przywitał prorektor ds. nauki prof. Piotr Ponikowski oraz dziekan wydziału prof. Joanna Rosińczuk. Absol-

wenci kierunków pielęgniarstwo i położnictwo podczas tradycyjnej ceremonii czepkowania otrzymali nasz symbol zawodowy, a po złożeniu przysięgi odśpiewany został hymn pielęgniarów i położnych.

Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu ufundowała nagrody dla najlepszych studentek: Karoliny Boguckiej, Moniki Kurkowiak, Violetty Horoszczak, Anety Niteckiej, Katarzyny Tasior, Andrei Muller i Małgorzaty Pawliszko.

Tej bardzo pięknej uroczystości

towarzyszyły duma i wzruszenie, również wśród licznie zgromadzonych rodziców absolwentów.

My składamy serdeczne gratulacje wszystkim absolwentom, w sposób szczególny jesteśmy dumni z tych, którzy weszli do naszych zawodów – zawodów wyjątkowych, bardzo wymagających ale dających ogromną satysfakcję. Życzymy Wam rozmachu w marzeniach i odwagi w ich spełnianiu. Powodzenia!





RELACJA Z KONFERENCJI

PT. „PIELĘGNIARKA, POŁOŻNA, LEKARZ, PACJENT – WSPÓŁPRACA I ZROZUMIENIE”

Urszula Olechowska - Sekretarz DORPiP

7 grudnia 2018 roku w Hotelu „Q Hotel Plus”, ul. Zaolziańska 2 odbyła się konferencja naukowo-szkoleniowa zorganizowana przez Dolnośląską Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu pt. „Pielęgniarka, położna, lekarz, pacjent – współpraca, zrozumienie”. Gościliśmy świetnych wykładowców, fachowców w swoich dziedzinach. Tematyka obejmowała obszary związane z psychologią, komunikacją w zespołach interdyscyplinarnych, zagadnienia prawne dotyczące wykonywania zawodów pielęgniarki położnej, odpowiedzialność zawodową oraz własny rozwój.

Program konferencji:

„Typy pacjentów” - Tadeusz Kobierzycki - Profesor filozofii w Katedrze Nauk Humanistycznych Akademii Muzycznej im. F. Chopina w Warszawie. Filozof, pedagog, psychoterapeuta.

„Typy lekarzy” - Ewa Kilar Doktor nauk medycznych - onkolog, na co dzień pracuje w przychodni i oddziale onkologicznym w szpitalu Latawcu.

„Jak sprawić przyjemność pacjentowi” - Jarosław Barański - dr hab. nauk hum., kierownik Zakładu Humanistycznego Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Filozof, literaturoznawca, etyk i estetyk, zajmujący się głównie filozofią

i socjologią ciała.

„Pielęgniarski obowiązek należytej staranności i poszanowania praw pacjenta” - Agata Wnukiewicz-Kozłowska - doktor n. praw. specjalista prawa medycznego oraz eksperymentów medycznych w prawie europejskim i międzynarodowym, adiunkt w Katedrze Prawa Międzynarodowego i Europejskiego na Wydziale Prawa, Administracji i Ekonomii Uniwersytetu Wrocławskiego.

„Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych” - Grażyna Rogala-Pawelczyk - dr n.med. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Pielęgniarek i Położnych, w latach 2011- 2015 Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, adiunkt w Katedrze i Zakładzie Zarządzania w Pielęgniarstwie Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Prorektor ds. Rozwoju i Nauki Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Jana Grodka w Sanoku.

„Najczęstsze przyczyny popełniania błędów zawodowych na podstawie rozpatrywanych skarg przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej we Wrocławiu” - Małgorzata Rodziewicz - Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej w DOIPIP we Wrocławiu, magister pielęgniarstwa, pielęgniarka oddziałowa.

„Komunikacja i współpraca w interdyscyplinarnym zespole – wyzwanie nowoczesnej medycyny” Aldona Katarzyna Jankowska - dr n.med. hematolog onkolog dziecięcy z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Prezes Towarzystwa Komunikacji Medycznej.

„Praktyczne wskazówki prawidłowej komunikacji z pacjentem” - Anna Hildebrandt - Mrozek - Doktor nauk ekonomicznych, specjalistka ds. rynku pracy, absolwentka Uniwersytetu Gdańskiego i Szkoły Trenerów Biznesu w Akademii Leona Koźmińskiego w Warszawie. Doświadczony coach, trener, konsultant i doradca w obszarach: zarządzania sobą, zarządzania zmianą, odkrywania talentów i mocnych stron, rozwijania inteligencji emocjonalnej. Związana z wrocławskim Instytutem Talentów FLASHPOINT.

Program konferencji, wykładowcy i organizacja została doceniona przez licznych uczestników, którzy dopisali swoją obecnością i aktywnością do zakończenia spotkania. W tym numerze publikujemy dwa wystąpienia naszych prelegentów prof. T. Kobierzyckiego pt. „Typy pacjentów” oraz dr E. Kilar pt. „Typy lekarzy”.





TYPY LEKARZY

NIEKTÓRE RELACJE LEKARZ - PACJENT. UJĘCIE TYPOLOGICZNE

dr n.med. Ewa Kilar –specjalista onkolog, Regionalny Szpital Specjalistyczny „Latawiec” w Świdnicy.

Wstęp

Nurt racjonalizmu medycznego wprowadzony był przez samego Hippokratesa z Kos (ok. 460 – ok.360 p.n.e.), ojca medycyny, od którego pochodzi norma etyczna i prakseologiczna medycyny europejskiej – „primum non nocere” – po „pierwsze nie szkodzić”.

Ta norma jest też kryterium formacji zawodowej i etycznej lekarzy, stanowiąc także normę racjonalizmu medycznego. Zawarty jest on również w charakterze kandydatów na lekarzy, w sformułowanej tzw. Przysiędze Hippokratesa (gr. Hippokratous Orkos). Znajdujemy tam wiele wskazówek dotyczących zachowania się lekarzy, w tym deklarację o wystrzeganiu się szkodenia (gr. delesis), nieprawości (gr. adike) i niestosowności w zachowaniu, czyli zachowanie dyskrecji. Pomaganie cierpiącym ma być związane z wystrzeganiem się wszelkich świadomych naruszeń prawa i szkodliwych postępów, a zwłaszcza czynów lubieżnych wobec ciał kobiet i mężczyzn, wolnych czy niewolników”. (Hippokrates. Wybór pism. t. 1. tłum. Marian Wesoły, Warszawa 200, s. 55).

Zdrowie i choroba są naturalnymi wymiarami życia i śmierci, którym od czasów starożytnych towarzyszy lekarz. Wybitny polski uczyony i filozof, Julian Ochorowicz (1850-1917) w swojej książce „Pierwsze zasady psychologii”, twierdził, że lekarz leczy nie tylko za pomocą lekarstw i procedur, ale w dużym stopniu leczy własną osobowością czyli przez „jaźń „osobowość syntetyczną”. Zawiera ona w sobie świadomość i podświadomość, przejawy cielesne, siłę żywotną, popęd samozachowawczy lub popęd zachowania rodzaju. A lekarz ma także specjalną „siłę leczniczą”. Na to liczą pacjenci.

Władysław Biegański (1857-1917) w swojej „Logice dla medyków” – napisał: „Spostrzeżenia nasze nie są pewne i nie zawsze odpowiadają rzeczywistości. Tutaj może się zdarzyć, że: 1) nie spostrzegamy faktu istniejącego; 2) spostrzegamy fakt nieistniejący; 3) spostrzegamy wprawdzie fakt istniejący, ale stwierdzamy go w zupełnie innej niż rzeczywistej postaci”.

„Przy łóżku chorego lekarz, jako fizykochemik, biolog i filozof, dokonuje ciągle wielkiej syntezy życia, cierpienia, umiarkowania i śmierci”. „Życie to symfonia, znamy poszczególne instrumenty, ale trzeba poznać także partyturę i wejść za pulpit kapel-

mistrza. Przy łóżku pacjenta odbywa się konsylium trzech: lekarz, chory, Bóg”. Cierpienie ludzkie nie jest tylko sprawą chemiczno-fizyczną, raczej jest to misterium. Lekarz przy łóżku chorego raz jest ścisłym naukowcem, raz biologiem, raz filozofem, raz artystą”.

Kazimierz Wize (1875 - 1953) w artykule pt. „Pięć cnót kardynalnych lekarza” (1835) wymienił 1- 1) mądrość, 2) zapał, 3) męstwo, 4) poświęcenie i 5) postannictwo.

Współczesny lekarz ma do czynienia z dużą ilością zmiennych, pacjenci jednak nadal wierzą w „niezmienną prawdę” dotyczącą zdrowia i choroby, którą lekarze znają, tylko ją ukrywają, albo ujawniają z dobrej lub złej woli. Nierzadko sami lekarze stają się ofiarami tych projekcyjnych obrazów swoich pacjentów, podejmują fałszywe role zbawców, zastępców natury, czasem wykonują „boskie gesty”, aby podtrzymać złudzenia swoich pacjentów, którzy „chorują – ku śmierci” lub „chorują – ku zdrowiu”.

Leczenie jest formą negocjacji i negocjacja jest nieraz najważniejszym lekiem w sytuacjach, gdy niepewność staje się podstawową pewnością życia, które zmierza ku śmierci. Negocjacja jest próbą neutralizacji urojonych oczekiwań pacjenta i urojonych obietnic lekarzy, którzy nie chcą przyjąć do wiadomości stanu faktycznego, opierając się na optymistycznych danych.

Moja klasyfikacja ukazuje rozmaite obrazy zachowań lekarzy, których dane mi było spotkać w pracy zawodowej. Byli oni inspiracją dla mojej własnej praktyki lekarskiej, którą prowadzę od wielu lat w zakresie onkologii, koncentrując się jednocześnie na aspektach zawodowych wzorów realizacji misji lekarskiej w Polsce na początku XXI wieku.

1. Problemy postaw zawodowych i etycznych młodych lekarzy

Zawód lekarza wymaga nie tylko wiedzy specjalistycznej, technicznej i doświadczalnej, ale także wiedzy psychologicznej, humanistycznej i filozoficznej. Badania na ten temat przeprowadził Wojciech Bolanowski (2008), na podstawie 992 odpowiedzi lekarzy stażystów, 500 odpowiedzi studentów ostatnich lat studiów w Polsce i 70 odpowiedzi z Francji. W swoich badaniach określił pola badawcze, różnicując je ze względu na uzyskane w badaniu zakresy skrajne (a-z): a) wysokie wartości liczbowe i z) niskie wartości liczbowe. Autor zbudował

własne skale pomiarowe, badając osiem typów postaw:

1(A) – pragnienie pracy w zawodzie lekarza, zaspokojenie wewnętrznej potrzeby pomagania innym (sprawy powołania – etyki – filozofii życia); (Z) – brak motywacji wewnętrznej do pracy w zawodzie lekarza, niechęć do tej pracy.

2(A) – lęk przed przyszłością w zawodzie (obawy o zdobycie miejsca w pracy i dochody); (Z) – pewność dobrej przyszłości, poczucie, że pracę da się pogodzić z życiem rodzinnym, a stresy zawodowe da się pokonać.

3 (A) – poczucie posiadania odpowiedniej osobowości i edukacji (poczucie dysponowania osobowością predysponującą do zawodu); (Z) – poczucie, że nie jest się osobą mało wartościową, o osobowości pozbawionej atutów.

4(A) – brak akceptacji systemu (sprawy administracyjno-prawne); (Z) – posłuszeństwo wobec prawnych reguł systemu ochrony zdrowia.

5(A) – suwerenność decyzji lekarza ponad prawem i zdaniem pacjenta (duma z wysokiego statusu zawodowego – prestiżu zawodowego); (Z) – poczucie, że prawo i „ludzkie” potrzeby pacjenta są najważniejsze.

6 (A) – wsparcie bliskich w wyborze zawodu (wpływ rodziny, nauczycieli, rówieśników); (Z) – brak wsparcia bliskich w wyborze zawodu.

7(A) – ambicja bycia doskonałym specjalistą (poczucie konkurencyjności – bardzo dobrej edukacji); (Z) – brak szczególnie wysoli ambicji zawodowych.

8 (A) – przestrzeganie norm etyki zarobkowania (omijanie norm etyki zarobkowania); (Z) – skłonność do omijania norm etyki zarobkowania.

W badaniach okazało się, że ocena ze studiów nie może być bezpośrednim ani pośrednim miernikiem badanych tu postaw lekarzy. Była ona statystycznie istotna tylko, gdy była powiązana z pragnieniem uzyskiwania wysokich ocen. Okazało się, że istotne powiązania dotyczyły następujących powiązań charakterologicznych u osób badanych: silne powołanie – brak obaw i przebojowość oraz niska empatia (18 %) lub silne powołanie – duże obawy i empatia (14%), duże obawy - niskie normy (13%), bezstresowi (13%), problemowi empatyczni

(16%), silne powołanie - brak obaw (14%), wysokie mniemanie o swojej roli (12%). Jak z tych danych wynika wyodrębniono 7 postaw, które zawierają podobną ilość różniących te postawy pozytywnie i negatywnie – skłonności do wyodrębnionych w badaniu zachowań.

2. Problem relacji, komunikacji i współpracy lekarzy i pacjentów

Lekarz jest identyfikowany przez ludzi zdrowych i chorych w rozmaity sposób, przez zdrowych jako specjalista od spraw choroby, przez chorych jako ekspert od zdrowia. W istocie powinien być zdolny do zajmowania stanowiska w jednej i drugiej dziedzinie życia ludzkiego. To nakłada na lekarza rozmaite oczekiwania, nie tylko na poziomie techniczno-medycznym, ale już na poziomie przed medycznym, dotyczącym sposobu komunikacji interpersonalnej.

Do głównych stylów komunikacyjnych należą trzy rodzaje postaw: 1) aktywność w realizacji procedury leczniczej – bierność w ich realizacji, 2) współpraca w realizacji programu leczenia – odmowa takiej współpracy, 3) współuczestnictwo w leczeniu głównie długoterminowym – izolacja wobec choroby i sposobów jej leczenia. Takie style zachowań pacjentów mają swoje podłoże w sytuacji emocjonalnej zarówno lekarza jak i pacjenta. Dlatego są one różne, w dużym stopniu zależne od typu temperamentu lekarza i pacjenta. Ich spotkanie lub zderzenie może mieć istotny wpływ na style zachowań i leczenia.

Aby przekroczyć swego rodzaju determinizm temperamentalno-charakterologiczny, wyznaczone zostały psychologiczno-społeczne warunki wystarczająco dobrej relacji pacjent-lekarz: w odniesieniu do pacjenta 1) poczucie bezpieczeństwa, 2) poczucie intymności, 3) poczucie autonomii, a w odniesieniu do postawy lekarza: 1) poczucie zainteresowania, 2) poczucie kompetencji, 3) poczucie skuteczności podejmowanego programu leczenia.

Oprócz tych subiektywnych wskaźników relacji pacjent-lekarz istotne są obiektywne wskaźniki tej relacji określone przez prawa pacjenta i prawa lekarza. Ich realizacja napotyka na różnego rodzaju trudności, które wynikają z błędów komunikacji i realizacji programu leczniczego, po obu stronach. Po to, aby je wyeliminować zakłada się, że pacjent jest osobą i lekarz jest osobą. Ich relacje reguluje założenie o „godności” pacjenta, zapominając nieco o „godności” lekarza.

W godności są równi, jednak ze względu na różnice w statusie człowieka chorego, pacjenta zakłada się, że jego poczucie godności doznaje osłabienia, i dlatego powinna być wyrównana przez proces leczniczy. Dla tego wyrównania stosuje się

pojęcie „troski” o pacjenta.

3. Troska lekarza o pacjenta w sytuacjach skrajnych

Zwyczajowo na lekarza i system leczniczy nakłada się przymus lub postulat troski, czyli dodawania pacjentowi do procedury, oprócz lekarstw i technik leczniczych specjalnej rytualnej postawy psychofizycznej, struktury werbalnej, ruchowej, przestrzennej i czasowej, i aksjologicznej, które mogłyby zneutralizować przeżywane, czy odczuwane przez pacjenta poczucie niedostatku własnej godności. Jest to bardzo trudne do wykonania zadanie, które ogranicza lekarza w jego czynnościach technicznych, ogranicza pole komunikacji i ogranicza przekaz werbalny, na przykład odnoszący się do zakresu negatywnych skutków ubocznych leczenia.

Stąd bardzo często dla zachowania postulat zachowania godności pacjenta, w polskim szpitalu ogranicza się zakres informacji na temat szkodliwych aspektów leczenia. Dominacja postawy skoncentrowanej na „godności” zamiast na „prawdzie”. Postulat „umiaru” w informacji może być chwilowo uzasadniony, ale nigdy nie powinien stanowić normy ostatecznej. Manipulacja informacyjna stosowana w celach „leczniczych” może dawać poczucie dobrostanu czy błogostanu, ale wiadomo, że to poczucie może być błędne i szkodliwe dla dorosłego pacjenta. Uważam, że zasada umiaru informacyjnego powinna być stosowana tylko wobec pacjentów niepełnoletnich, zwłaszcza dzieci i osób niepełnosprawnych, które nie są w stanie przyjąć i zrozumieć podawanej informacji medycznej.

W żadnym razie niepomyślna lub „zła” informacja, niepewne rokowania, negatywna diagnoza nie może być przekazywana tak jak komunikaty formułowane w celu psychologicznego zastraszenia. Pacjent ma prawo do informacji prawdziwej, ale nie podawanej w formie sądowego wyroku. Nigdy nie powinna być przekazywana „w cztery oczy”, ale w obecności osób najbliższych lub w obecności innych członków zespołu leczącego. Taka informacja powinna być przekazywana w obecności psychologa, wolontariusza, pielęgniarki, rehabilitanta, czy duchownego, w zależności od jednostkowej sytuacji życiowej pacjenta. Ideałem byłoby osiągnięcie takiej formy komunikacji medycznej, które miało by charakter „terapii przez diagnozę” (K. Dąbrowski (1902-1980).

Lekarze mają problem z własnym lękiem wywołanym przez stałe obcowanie z sytuacjami granicznymi, na granicy śmierci lub po prostu w procesach umierania, które w każdym szpitalu zdarzają się codziennie. Ten lęk jest racjonalizowany, stłumiony lub

zrytualizowany, można go potraktować jako zagadnienie „statystyczne”, gatunkowe, biologiczne, techniczne, biologiczne, kulturowe lub egzystencjalne. Niestety sami lekarze nie mają odpowiednich warunków analizy tych codziennych traum, do których muszą przywyknąć, izolować się od niech mentalnie i emocjonalnie. To wszystko wprowadza do zachowań lekarzy nieprzepracowane psychologicznie urazy, które kumulują się w jego osobowości.

Jedną z oznak „patologizacji” zachowań medycznych jest zblednięcie emocjonalne, znieczulenie na własny ból i na ból pacjenta, a nawet umiłowanie choroby, jako jedyne źródła ekscytacji psychologicznej lub egzystencjalnej. Paradoksalnie pacjent staje się wzorcem tego co normalne, zdrowe, bo tylko z takim wzorcem obcuje lekarze codziennie. Paradoksalnie postulowana troska staje się perwersyjnym „umiłowaniem” pacjenta, jego choroby, a wreszcie samej choroby już bez pacjenta.

4. Klasyfikacja typów lekarzy – obserwacje własne

Permanentne uczestniczenie w sytuacjach skrajnych ma wpływ na samopoczucie i samoocenę lekarza, styl pracy zawodowej, rodzaj komunikacji z samym sobą i z innymi, także z pacjentami. Moja klasyfikacja lekarzy bierze pod uwagę sposób zachowania i komunikowania lekarzy w miejscu pracy. Uwzględniłam w niej stosowane uniki i techniki nasilania lub neutralizacji swojego postępowania i zachowania pacjentów. Oto ta klasyfikacja zebrana w 8 typach i stylach zachowania lekarzy w sytuacjach zawodowych wymagających odpowiedniego zachowania mentalnego, emocjonalnego i leczniczego:

1) Lekarz protegujący, wykluczający, ratujący

Lekarz protegujący - uważa, że jego praca powinna być wyceniona dodatkowo przez leczącego się lub jego rodzinę np. w formie pochwały, pieniędzy, rzeczy materialnych, które motywują go do lepszej pracy. Wtedy staje się poplecznikiem pacjenta, dostarcza mu więcej informacji, stara się o dogodne terminy zabiegów itp.

Ulubiony pacjent: uzależniony od dodatkowych składników relacji i wymiany.

Zagrożenia dla lekarza: brak chęci do leczenia bez dodatkowych „wzmocniaczy”.

Lekarz wykluczający - ma opór związany z leczeniem, większość zaburzeń traktuje jako efekty nieodwracalne, na które medycyna ma nieznaczny wpływ. Uważa, że jego własna opcja jest najlepszą dla pacjenta, rodziny, szpitala. Unika negocjacji zasadności swoich wyborów z kimkolwiek.

Ulubiony pacjent: pasywny, regresywny, wycofany, zawstydzony.

Zagrożenia dla lekarza: zwężenie stawiających diagnoz, egocentryzm i megalomania.

Lekarz ratujący - decyzje diagnostyczno-terapeutyczne podejmuje błyskawicznie, w każdym miejscu, w którym się znajduje. Widzi daleko konsekwencje zmian z pozoru błahych. Doświadcza często konsekwencji wypadków jak okaleczenia, czy śmierć.

Ulubiony pacjent: ranny, na granicy życia i śmierci.

Zagrożenie dla lekarza: tłumienie powoduje emocjonalne ambiwalencje, zachowania bohaterskie i dziecięce.

2) Lekarz merkantylny, alternatywny, teolog

Lekarz merkantylny - zakłada, że wszystko kosztuje, także choroba i zdrowie. Najpierw robi szereg "kosztochłonnych badań". Leczenie to rzemiosło, a więc lekarz i jego rodzina musi z niego godnie żyć. Zdrowie i zdrowienie to kosztowny produkt.

Ulubiony pacjent: ktoś kto płaci hojnie za każdą usługę, bez dokładnych i adekwatnych wyliczeń.

Zagrożenie dla lekarza: przesunięcie czynności w zakresie adekwatnego brania nad dawaniem.

Lekarz alternatywny - uważa, że najważniejsze działanie intuicyjne, niestandardowe. Leczenie jest niepowtarzalną przygodą na poziomie, ciała, emocji i duszy. Leczenie to nie tylko technika ale także cud.

Ulubiony pacjent: bardziej wierzy w lecznicze energie niż w metody naukowe leczenia

Zagrożenie dla lekarza: pomyłki lecznicze wynikające z braku badania nieznanymi czynnikami chorób, które zastępują dobre myśli, nadzwyczajne moce, itp.

Lekarz teolog - myśli zawsze o tym, że życie prowadzi do śmierci. Uważa, że chorobę i cierpienie trzeba ofiarować Bogu za siebie i innych. Po zrobieniu wszystkiego, co może zrobić lekarz, trzeba się modlić o dar zdrowia do Boga.

Ulubiony pacjent: traktuje swoje zdrowie, jako los, który zawiera Bogu.

Zagrożenie dla lekarza - pomijanie lub usunięcie w leczeniu fizikalności pacjenta.

3) lekarz empatyczny, sympatyczny, społecznik

Lekarz empatyczny - silnie odczuwa ból pacjenta, lęk, potrzebuje więcej czasu aby podjąć konstruktywną pomoc. Identyfikuje się z problemami życiowymi pacjenta, miesza je z problemami leczniczymi. Gdy je różnicuje wówczas jego leczenie staje się skuteczne.

Ulubiony pacjent: to, ktoś totalnie zidenty-

fikowany z chorobą.

Zagrożenie dla lekarza: nadmierne zidentyfikowanie się z losem pacjenta, załamanie własne potrzeby.

Lekarz sympatyczny - zwraca wielką uwagę na pozytywną opinię pacjenta. Sympatię zdobywa za sprawą wyglądu i zachowania (z powodu bycia miłym, uśmiechniętym, nienagannie ubranym), a nie z powodu skuteczności leczniczej.

Ulubiony pacjent: powinien być miły w obyciu, grzeczny i uśmiechnięty.

Zagrożenie dla lekarza: niemożność identyfikowania i analizy własnych negatywnych emocji wobec pacjenta.

Lekarz społecznik - zakłada, że tylko rozwiązania społeczne, edukacyjne poprawią sytuację zdrowia. Lekarz dla pacjenta robi "wszystko", więc przyjmuje telefony w nocy, pracuje w dni wolne od pracy i w święta. Bycie dla innych to dla niego norma.

Ulubiony pacjent: jest to ktoś wyedukowany, dbający o zdrowy styl życia.

Zagrożenia dla lekarza: Bycie dla innych jest na wyciągnięcie ręki, rodzina i najbliżsi czekają w kolejce na kontakt.

4) Lekarz informatyk, naukowiec, filozof

Lekarz informatyk - uważa, że najważniejsze jest zebranie danych o pacjencie w system danych. Leczy program informatyczny, rozmowa z pacjentem odbywa się najczęściej w kodzie zero - jedynkowym, tak-nie.

Ulubiony pacjent: akceptuje fakt, że staje się układem cybernetycznym danych i zapisem na serwerze.

Zagrożenie dla lekarza: zatarcie wymiaru humanistycznego leczenia.

Lekarz naukowiec - wie, że leczenie powinno odbywać się tylko w klinikach, tam gdzie można zrobić „wszystkie” badania. Choć wie, że wyniki wielu badań nie mają wpływu ani na rozpoznanie, ani na wynik leczenia. "Tortury badawcze", są konieczne bo tego wymaga nauka.

Ulubiony pacjent: powinien z aprobatą reagować na badawcze nowości.

Zagrożenia dla lekarza: duży dystans pomiędzy intencjami lekarza naukowca, a rozumieniem jego wiedzy przez pacjenta.

Lekarz filozof - uważa, że leczenie to rozwiązywanie dylematów egzystencjalnych, a nie tylko korygowanie procesów biochemicznych, czy psychofizycznych; to wybór pomiędzy mniejszym złem, a większym złem, pomiędzy mniejszymi, a większymi kosztami.

Ulubiony pacjent: rozwiązuje sam swój problem, przy wsparciu lekarza.

Zagrożenie dla lekarza: traktowanie cho-

roby fascynującego stanu, bardziej niż działania na rzecz zdrowia.

5) Lekarz pracoholik, męczennik, misjonarz

Lekarz pracoholik - stracił kontrolę nad rzeczywistością tzn. nad biorytmami przyrody jak dzień i noc, nad biorytmami emocjonalnymi, społecznymi i cielesnymi. Zatrącenie jest tak duże, że bez leczenia innych czuje się bezużyteczny - traci sens własnego istnienia.

Ulubiony pacjent: to ktoś, kto ma wiele przewlekłych chorób.

Zagrożenie dla lekarza: zespół przewlekłego zmęczenia.

Lekarz męczennik - ubezpiecza pacjenta w imię wyższych celów, utrzymując go w przekonaniu o pozytywnej roli cierpienia. Spowalnia to proces zdrowienia. Ma poczucie utraty radości z życia własnego i traci obiektywizm nad tym, co robi z pacjentem.

Ulubiony pacjent: zamienia chorobę w strategię cierpienia, ma dużo problemów, nie tylko zdrowotnych.

Zagrożenie dla lekarza: poczucie zmęczenia, dające satysfakcję, że jest się niezbędnym.

Lekarz misjonarz - traktuje leczenie jako misyjne uzdrawianie, które trzeba ofiarować Bogu. Jeżeli ciało będzie chore, kalekie, to taka również jest wola Boga i to rozwiązanie dla danego pacjenta jest najlepsze. Najważniejsze jest zbawienie, a nie zdrowie.

Ulubiony pacjent - chętnie podporządkowuje się paternalistycznej pasji lekarza.

Zagrożenia dla lekarza - wiara w swoją misyjność zamiast w efekty leczenia.

6) Lekarz wojownik, milczący, artysta

Lekarz wojownik - traktuje chorobę jako pole walki. Szybko podejmuje decyzje, gdyż nie ma co czekać na rozwój choroby - najlepszą obroną jest atak. Pacjent jest traktowany, jako "choroba". Objawy niepożądane są wliczone w koszty zdrowienia. Jak jest walka to muszą być ofiary.

Ulubiony pacjent: pozwala traktować swoją chorobę jako pole walki.

Zagrożenia dla lekarza: abstrahowanie od własnych sił zdrowotnych pacjenta.

Lekarz milczący - traktuje informowanie pacjenta jako uciążliwe. Podejmuje decyzje bez komentarza, w tajemnicy ustala zasady leczenia. Pacjent ma możliwość opowiadania o swoich problemach zdrowotnych, jednakże nie jest do nich zachęcany. Lekarz swoje decyzje opiera przede wszystkim na wynikach badań dodatkowych.

Ulubiony pacjent: taki, który nie potrzebuje

diagnozy.

Zagrożenia dla lekarza: pomijanie roli wcześniejszych chorób, osłabia aktualne efekty lecznicze.

Lekarz aktor - traktuje niektóre zjawiska cielesne jak teatr, taniec, pantomimę i inne rodzaje sztuki. Lekarz aktor uczestniczy w leczeniu tak jak uczestniczy się w spektaklach. Niekiedy doznaje z powodu choroby jakiegoś "uwznioślenia". Niektóre dramatyczne sytuacje go przerażają, np. widok zagłodzonego człowieka, czy ciała po wypadku.

Ulubiony pacjent: to ktoś, kto chorobę traktuje, jako ekscytujący incydent.

Zagrożenia dla lekarza: zainteresowanie głównie tym, co robi pacjent (jego gestami), a nie jego leczeniem.

7) Lekarz organizator, moderator, statysta

Lekarz organizator - wierzy, że warunkiem decyzji leczniczych jest odpowiednia struktura: umowa, pomieszczenia, personel itd. Jego praca polega na przyjmowaniu formalnych procedur. Jeżeli nie ma między nimi zgodności, ma poczucie nieprawidłowości postępowania i leczenia.

Ulubiony pacjent: to ktoś, kto pasuje do stworzonej organizacji i procedur.

Zagrożenie dla lekarza: przykładanie nadmiernej roli organizacji, która jest ważniejsza niż sam proces leczniczy.

Lekarz moderator - daje się wypowiedzieć pacjentowi i jego rodzinie w zakresie zdrowia i choroby, stylu życia – odżywiania, aktywności ruchowej. Jednakże modeluje je przez widzenie własne i „stawia kropkę nad „i”.

Ulubiony pacjent: to ktoś, kto jest bardzo podatny na projekcję przedstawioną przez lekarza

Zagrożenia dla lekarza: poczucie władzy i nieomyślności w zakresie przekazywanych informacji.

Lekarz statysta - jest w pracy obecny ciałem, wykonuje działania automatycznie, bez zainteresowania i emocji. Na temat podejmowanych decyzji terapeutycznych nie wypowiada się, ma poczucie, że nie są ani dobre, ani złe. W zespole lekarzy jest „figurą statyczną”.

Ulubiony pacjent: nie ma ulubionych lub nielubianych pacjentów, są bo muszą być, z konieczności lub z przypadku.

Zagrożenie dla lekarza: schematyczne trzymanie się powziętej opinii o stanie zdrowia i choroby.

8. Lekarz turysta, wirtualny i konceptualista

Lekarz turysta - poszukuje odpowiedzi na temat leczenia u konkretnego pacjenta w różnych miejscach, krajach, na różnych kontynentach. Nieustająca zmiana otoczenia ułatwia mu podejmowanie decyzji, nabieranie dystansu do siebie i pacjenta.

Ulubiony pacjent: to ktoś, kto oczekuje na powrót lekarza „z zagranicy” i na jego decyzje.

Zagrożenia dla lekarza: kolejne wyjazdy edukacyjne nie przekładają się bezpośrednio na obowiązujące procedury terapeutyczne.

Lekarz wirtualny - widzi wiele rozwiązań problemów choroby „w jednej chwili”. Jednak, aby je zrealizować musi się zderzyć z rzeczywistością np. ekonomia, przekonania kulturowe pacjenta i kontakt osobisty. Możliwości audiowizualne dają mu poczucie skutecznego leczenia w każdym miejscu (nawet bez pacjenta).

Ulubiony pacjent: to, ktoś, kto również funkcjonuje w świecie wirtualnym.

Zagrożenia dla lekarza: wyalienowanie się z życia rodzinnego i psycho-społecznego.

Lekarz konceptualista - stara się nadążyć za nowymi trendami w nauce, zmianami w koncepcjach zarządzania i leczenia, które wydają się mu słuszne i jedynie skuteczne. Ważne są style pielęgnowania zdrowia (diety, SPA itp.), które trzeba przestrzegać, bo wynikają z wielu najnowszych i najlepszych przesłanek naukowych.

Ulubiony pacjent: zwraca uwagę na aktualne lecznicze „trendy”, miłośnik leczniczych nowości.

Zagrożenia dla lekarza: pomijanie wcześniejszych koncepcji diagnostyczno-terapeutycznych, które są skuteczne, a ich dewaluacja jest błędna.

Nieraz obserwujemy u lekarzy silną potrzebę ekscytacji „zawodowej” cudzą chorobą, samą „chorobliwością”, niekiedy staje się ona obsesyjna, nawykowa, perwersyjna. Wówczas lekiem lekarza stają się narkotyki, alkohol, nieprzerwana praca (dzień – noc – dzień) pracoholizm, zachowania kompensacyjne, zamiana leczenia w biznes. A także fantazyjnie „uprawiane” pasje twórcze, sportowe, przyrodnicze, turystyczne, religijne, czy kryminalne np. hazard. Urazy dnia codziennego, z którymi spotyka się lekarz pracujący w szpitalu, trzeba jakoś „odreagować”!

Zakończenie

Współcześnie w świadomości pacjentów pokutuje absolutystyczne podejście do leczenia i do lekarza. W razie niepowodzeń leczniczych, na które skazani są lekarze praktycy, są oni chętnie oskarżani przez pacjentów o zaniedbania, przeoczenia, błędy, nawet wtedy, gdy zachowane zostały wszystkie procedury lecznicze. Nie mówiąc o tym, że niekiedy takich procedur zachować



po prostu nie można, gdy zdarza się wypadek, ostry stan i niemożność udzielenia pomocy itd.

Ani pacjenci, ani lekarze nie mogą sobie poradzić z lękiem śmierci i z lękiem przed śmiercią, z prawdą o swojej ograniczonej wiedzy teoretycznej i brakiem możliwości praktycznych leczenia w skrajnych wypadkach, gdy zawodzą na przykład możliwości komunikacyjne, czy techniczne, kulturowe, czy psychologiczne.

W trudnych sytuacjach lekarz odwołuje się do przesądów, do reakcji automatycznych, do swoich uprzedzeń, przyzwyczajień i lęków, do własnej niewiedzy i przypuszczeń, które nie mają żadnych podstaw naukowych lub klinicznych. Dlatego, współczesna diagnostyka powinna mieć charakter zbiorowy, ekspercki, a nie indywidualistyczny. Indywidualna powinna być tylko decyzja odnośnie sposobu leczenia konkretnego pacjenta, za którego lekarz przyjmuje lub nie, osobistą odpowiedzialność, stosując określone wzory leczenia.

Lekarz nie powinien wcielać się w postacie boskie, nadludzkie, anielskie, nie powinien być nikim więcej, niż jest - człowiekiem dobrze wykształconym, kompetentnym, otwartym na wiedzę medyczną, na problemy zdrowia i choroby. Ma być otwarty na ludzi, których ma wspierać w leczeniu leczących się samodzielnie, dzięki własnej woli i chęci. Ma wspierać człowieka, który zapoznany z rolą pacjenta, stara się z niej zrezygnować lub człowieka, który w tę rolę się wciela, wymuszając opiekę lekarską, jako alternatywę opieki nad samym sobą.

Lekarz ma być życzliwy, odporny na sytuacje nadzwyczajne, na swoje słabości, na konieczność klęski, gdy przegrywa wraz ze swoją najlepszą wiedzą z siłami choroby i śmierci. Jedynymi niezmiennymi wymiarami prawdy lekarzy i pacjentów może być ta, że gdy się urodzą mogą żyć, ale to nie jest pewne, i mogą umrzeć, tylko to jest pewne. Stany pośrednie można porównać do przewlekłej lub gwałtownej negocjacji pacjentów z lekarzami.

Leczenie jest formą negocjacji i negocjacja jest nieraz najważniejszym lekiem w sytuacjach, gdy niepewność staje się podstawową pewnością życia, które zmierza ku śmierci. Negocjacja jest próbą neutralizacji urojonych oczekiwań pacjenta i urojonych obietnic lekarzy, którzy nie chcą przyjąć do wiadomości stanu faktycznego, opierając się na optymistycznych danych.

Podsumowanie:

Typy lekarzy są „lustrem” typów pacjentów i typów innych pracowników ochrony zdrowia. Zachowania Lekarzy odzwierciedlają relacje jakie są obecne w społeczeństwie na każdym poziomie jego funkcjonowania (zarządzanie, ekonomia, kultura, zdrowie). Wobec powyższego greckie Gnōthi seauton – Poznaj samego siebie, wyryte na frontonie świątyni Apollina w Delfach i dalsza troska i życzliwość, skierowane na drugiego człowieka i otoczenie (świat zwierząt, roślin, rzeczy) są bardzo blisko i daleko?

TYPY PACJENTÓW

KONFERENCJA NAUKOWO- SZKOLENIOWA : WROCŁAW - 7 GRUDNIA 2018

**dr hab. Tadeusz Kobierzycki – profesor filozofii UMFC
Instytut Ego-Analizy Askeion (Warszawa)**

Wstęp

Słowo o pacjent wywodzi się z języka greckiego – ze słowa - pathein przeżycie, wrzenie, którego znaczenie ewoluowało w łacinie do określenia stanu - cierpienia – a dalej do – określenia człowieka cierpiącego - „homo patiens” (Por. Viktor Frankl). Człowiek cierpiący szuka zrozumienia swojej negatywnej sytuacji – u osób bliskich, a następnie u ludzi wyspecjalizowanych w pomaganiu i czynnościach opiekuńczych – ratowników, lekarzy, pielęgniarek i pielęgniarzy.

Karol Klecki, patofizjolog - zdefiniował chorobę jako „sumę spraw życiowych toczących się w ustroju inaczej, niż w stanie prawidłowym” (1928). I tak ją tu będę rozumiał. Odwołam się też do wcześniejszych typologii pacjentów, które opisali: **1) Władysław Szumowski (historyk medycyny)** i **2) Krystyna Osińska (psychiatra)**.

Władysław Szumowski

- wyróżnił cztery typy pacjentów:

1) posłuszny, 2) sceptyk, 3) mistyk, 4) hipochondryk

Uważał, że choć leczenie ma najczęściej cha-

rakter anatomiczny, ale bywają chorzy, których skutecznie leczy się sugestią, np. chorzy z fobią, histerią itp. „Olśniewające wyniki można widzieć u takich chorych na przykład w Lourdes. Zresztą wstrząs taumatyczny daje dobre wyniki, choć nie tak szybkie, w cierpieniach organicznych”.

Krystyna Osińska

- wyodrębniła dwa typy chorowania. **Typy aktywne** : 1) dawca, 2) samarytanin, 3) pomocnik, 4) konspirator, 5) poszukiwacz, 6) żołnierz, 7) artysta i 8) bohater. **Typy pasywne**: 1) biorca, 2) hipochondryk, 3) malkontent, 4) zasłużony, 5) statysta, 6) żebrak, 7) zawodowiec, 8) świętoszek.

Tadeusz Kobierzycki

Moja typologia pacjentów opiera się na wieloletniej pracy w Studenckiej Szkole Higieny Psychicznej (1984-1994) i Szkole Treningów Rozwoju Osobowości STAKROOS (1995-2004), współpracy z Onco-Life-Team (dr n. med. Ewa Kilar - Świdnica-Wrocław). Na obserwacjach w czasie pobytu w szpitalach i sanatoriach (Warszawa, Otwock, Radzymin, Mińsk Mazowiecki, Kazimierz Dolny, Zakopane, Jastrzębie Zdrój, Świdnica, Bratysława - itd.).

Mój tekst jest okazją do rozszerzenia klasyfikacji – W. Szumowskiego i K. Osińskiej. Obejmuje 8 profili egzystencjalne i 24 typy behawioralne.

1) model ratunkowy, ambiwalentny, terminalny – rozbity, półżywy, umierający

Rozbity – to pacjent, którego choroba („śmiertelne wydarzenie”) uruchamia proces – utraty lub znacznej redukcji energii życiowej – nie działa a jest działany, nie myśli, a jest myślany przez innych, nie jest przytomny lub ma przytomność śladową, wypową; wskaźnikami jego życia są odruchy neurologiczne lub nerwowe; jest pozbawiony woli, którą zastępują ratownicy, lekarze, opiekunowie; choroba pozwala mu odczuć częściowo deficyt vitalności.

Półżywy – to pacjent, u którego choroba („losowy wypadek”) jest stanem zagrożenia życia, redukuje poszczególne funkcje życiowe, ale utrzymuje funkcje niektórych organów; nie jest świadomy, funkcje mózgowe są częściowo czynne, zachowane jest zacinające się krącenie i oddech, czasem przy wsparciu technicznym; decyzje za niego podejmują lekarze, osoby najbliższe;

choroba daje małą szansę szansę rewitalizacji.

Terminalny – to pacjent, którego nagła lub długotrwała choroba jest sposobem finalizacji procesów życiowych; funkcje poszczególnych systemów zamierają; świadomość jest w stanie zawieszenia, pacjent nie jest w stanie nic zrobić i; decyzje za tę fazę życia podejmuje – rodzina lub prawni reprezentanci. Choroba jest źródłem jego nagłej lub powolnej dewitalizacji (śmierci), zdominowana przez destrukcję somatycznej i psychicznej i komórkowej śmierci.

2) Model altruistyczny, egoistyczny i syntoniczny – dawca, biorca i pomocnik

Dawca – to pacjent, którego choroba uruchamia proces dawania; jako bodziec działa na niego własne i cudze cierpienie, ma zdolność do inhibicji własnego i cudzego lęku i bólu; choroba wyzwala potrzebę dzielenia się swoją energią (wzmoczona syntonizacja, sympatia i empatia). Choroba tworzy okazję do ujawniania swojej szczodrości i dzielenia się swoimi witalnymi nadwyżkami.

Biorca – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – brania – chce powiększyć własny zasób energii, zabierając ją innym; zdrowieje, gdy inni chorują, wytwarza lub wzmacnia w nich cierpienie, lęk i ból; staje się nieczuły, niewrażliwy i ślepy na cudze cierpienie, ból i lęk; traktuje chorobę jako możliwość zysku, korzystania z usług i, gratyfikacji, przeżywa panikę utraty wszystkiego. Chorobę traktuje jako wyjątkową szansę i źródło należnych sobie korzyści.

Pomocnik – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – współdziałania – nawet swoją słabą energią oddaje w części innym; łatwo poddaje się zaleceniom diagnostycznym i leczniczym, przekonany, że tak trzeba; nakłania innych do realizacji zaleceń zdrowotnych; uznaje, że chorowanie jest drogą do zdrowia. Czerpie emocjonalne korzyści z pomagania, niekiedy jest przyklejony lubi być chwalony. Chorobę traktuje jako okazję dla wykazania własnej przydatności.

3) Model braterski, religijny i dewocyjny – samarytanin, misjonarz i świętoszek

Samarytanin – to pacjent, którego choroba uruchamia proces tworzenia relacji partnerskiej albo braterskiej i siostrzanej – wobec innych; choroba jest okazją do bezinteresownego spotkania i pomocy, dzięki temu obniża dotkliwość własnej choroby; co zapobiega izolacji, wspomaga lub zastępuje chorego w jego decyzjach. Chorobę traktuje jako okazję do autoafirmacji i syntonizacji pomocy.

Misjonarz – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – autocelebracji; sakralizuje chorego i chorobę, nadając jej status mistyczny, dzięki któremu czuje się wyróż-

niony i wybrany do głoszenia „religii choroby”; traktuje innych chorych, jako rodzaj współwyznawców, wtajemniczonych, którzy są wybrani do chorowania i choroby dla wyższych celów. Chorobę traktuje jako rodzaj religijnej misji.

Świętoszek – to pacjent, którego choroba uruchamia proces wyróżnienia się przez chorowanie pozuje na świętego; choroba daje mu okazję do potępień, napomnień, oskarżeń, nawracania/ np. lekarzy czy pielęgniarek lub najbliższych /; posługuje się sloganami, hasłami i kwiecistymi zwrotami o chorobie jako sile sprawiedliwości. Choroba to dla niego oczyszczająca kara po której zjawia się nagroda. Choroba jest rodzajem perwersyjnego uświęcenia siebie w przeciwieństwie do innych, których potępia (zwłaszcza zdrowych).

4) Model wojenny, obronny i tragiczny – żołnierz, konspirator i ofiara

Żołnierz – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – walki – z własną chorobą; kieruje energią życiową na eliminację swoich słabości, do bezpośredniej konfrontacji z siłami choroby; propaguje postawę odwagi, którą traktuje jako główny lek i stara się dać go innym chorym (i zdrowym); nie boi się być przy ich śmierci innych, wspiera ich do ostatniej chwili życia. I nie boi się sam umierać. Chorobę traktuje jako źródło własnej odwagi i chwały.

Konspirator – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – ukrywania – objawów choroby i odłączania się od niej, żyje tak jakby jej nie było; wie o niej, ale milczy, odwraca uwagę innych osób, które mogłyby się jej bać (np. dzieci); przeżywa swoją chorobę po cichu, niejako za kulisami, a; gdy choroba staje się jawna przeżywa poczucie wstydu i winy, neutralizuje znaczenie choroby i lęk przed nią; umiera tak, jakby odchodził gdzieś w inne miejsce, znika

Chorobę traktuje jako grę komunikacyjną wchowanego.

Ofiara – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – wzmoczonej patologizacji, objawów i rytuałów chorowania; gotów jest ryzykować chorobę dla jakiegoś szczytnego celu lub dla odzyskania celu, który uznaje za godny wszelkiego ryzyka; kalectwo, przewlekłość chorowania pozwalają mu przeżywać rodzaj pokuty za prawdziwe lub urojone przekroczenia. Jest skrajnie zidentyfikowany z chorobą, którą traktuje wyżej niż życie i zdrowie. Chorobę traktuje jako źródło ciężkiej, ale oczyszczającej i zasłużonej kary.

5) Model dewaluacyjny, roszczeniowy i uzależnieniowy – malkontent, hipochondryk, żebrak

Malkontent – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – dewaluacji, niezadowolenia i krytyki – siebie i innych, permanentnego niezadowolenia – ze swojej sytuacji i osób, które starają się ją zmienić; sabotuje leczenie, odrzuca różne koncepcje leczenia, wymyśla własne, czasem walczy z tymi, którzy go leczą, albo chciałby leczyć; uznaje ich albo za niekompetentnych albo za nieżyczliwych; nie chce dać pomóc sobie. Chorobę traktuje jako okazję do krytyki siebie i innych.

Hipochondryk – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – chorobofilii, fascynacji – własną chorobą; z choroby i chorowania czyni prywatny kult, system życia, w którego centrum jest choroba, mimo, że aktualnie lub potencjalnie nie stwierdza się u niego fizycznej lub psychicznej choroby; jest chorobofilem, ekscytuje się samym słowem choroba, przyrasta do niej, mimo, że został dawno wyleczony; czasem jest leczony jest na urojone choroby tak, jakby były realne (np. leczenie chirurgiczne). Chorobę traktuje jako okazję do celebrowania własnej ułomności.



Żebrak - to pacjent, który żyje z uzależnieniem, którego choroba uruchamia proces zamiany deficytu – własnej choroby, w procedurę czerpania zysków, komercjalizuje ją, doprasza się renty, zapomogi; jest mistrzem wytłudzania pomocy i nienależnych świadczeń, ukrywając to, co otrzymał, albo wyrzucając lub sprzedając; uznaje, że to, co dostał nie jest dość dobre; marginalizuje się aby otrzymywać lepszą opiekę, datki i usługi. traktuje chorobę jako środek do ekonomicznego wyróżnienia przez maskujące poniżenie, z którego się utrzymuje.

6) Model estetyczny, amorficzny i etyczny – artysta, statysta i bohater

Artysta – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – przewartościowania – siebie i przekształcenie w obraz choroby w obraz zdrowia; energię z choroby stara się wykorzystać w kreowanie stanów, które mają cechy zdrowia. choroba jest tworzywem nowego stylu życia, pacjent poszukuje nowych dekoracji i ozdób życia. Zmysłowość, duża /traktuje chorobę jako zjawisko kreatywne, estetyczne.

Statysta – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – bezradności – unieruchamia jego energię życiową; wywołując bierną postawę wobec choroby i zdrowia; pacjent, jest podatny na cudze opinie, zachowuje się „bezbarnie”, apatycznie, „nijak”; staje się niezdolny do samodzielności w myśleniu i działaniu, zapomina o zdrowiu i chorobie / traktuje chorobę jako technikę do egzystencjalnej obrony przez zahamowanie i stłumienie.

Bohater – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – ekscytacji – kieruje swoją energię w kierunku podniesienia upadającego zdrowia lub zagrożonego życia, na inny poziom; nadaje im wymiar heroiczny, ponadosobisty, uszlachetnia chorobę i chorowanie nadając im znaczenie wyższego zdrowia. Chorobę traktuje jako spełnienie własnego tragicznego losu.

7) Model psychiatryczny, zamaskowany i kryminalny – zagubiony, aktor, gangster

Zagubiony – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – dezorientacji, powoduje nieadekwatne określanie miejsca i przestrzeni oraz relacji z innymi osobami; ma poczucie delokalizacji lub dezintegracji własnej świadomości; nie jest określić i możliwości życiowych. Zachowuje się jak ktoś załęknioty, psychotyczny, urojenny. Chorobę wykorzystuje do usprawiedliwiania swojej dezorientacji.

Aktor – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – maskowania; odgrywa rolę chorego, bo nie umie grać innej roli; udaje choroby tak skutecznie, że nawet bardzo kompetentni lekarze dają się mu uwieść

i leczą go na nieistniejące dolegliwości fizyczne; gdy chodzi w istocie o psychiczną niezdolność do akceptowania rzeczywistości, jej trudów, wysiłku, dramatu. Manipuluje swoją diagnozą. Chorobę traktuje jako okazję do odegrania nowej życiowej roli.

Gangster – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – atakowania innych, rozbijania ich; kryminalizuje swoje relacje poprzez seksualizację swoich relacji z innymi i ta ekscytacja go uspokaja, daje poczucie siły; sam się łatwo uszkadza aby mieć alibi dla swojej choroby i jej znaków fizycznych, gdy jest ona w istocie natury psychologicznej i społecznej (rodzinnej). Chorobę traktuje jako okazję do seksualnego wyładowania wobec tych którzy się nim zajmują.

8) Model badawczy, inkorporacyjny i kontemplacyjny – badacz, zawodowiec, filozof

Badacz – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – poznania siebie; szybko poznaje sposoby leczenia, poznaje nowe metody, nowe leki, nowe odkrycia w dziedzinie medycyny; ma pasję leczniczą, chętnie współpracuje z lekarzami i chorymi podpowiada im, co robić w sytuacji, która się komplikuje; spostrzega szanse i nadzieje tam, gdzie inni widzą brak rozwiązań. Chorobę traktuje chorobę jako zjawisko, które nie jest jeszcze dobrze rozpoznane.

Zawodowiec – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – praktykowania choroby; szuka sposobów systematyzacji chorowania; znajduje w chorobie wygodę, okazję do odkrycia jej technologii; nie chce wyzdrowieć, ani wrócić do swojego zdrowego zawodu; zadamowił się w chorobie, żyje zawieszony między zdrowiem i chorobą; przyrośnięcie do choroby ma charakter pasożytniczy, pacjent kwitnie w chorobie. Chorobę traktuje jako rodzaj alternatywnej profesji.

Filozof – to pacjent, którego choroba uruchamia proces – kontemplacji, ujmowania choroby jako podstawowej prawdy życia, która obok zdrowia, komponuje jego dynamikę życia; choroba jest okazją do poznania głębi bytu, jego źródeł, którymi są ukryte aspekty zdrowia choroby; chorobę traktuje jako doświadczenie granic i nadgraniczności i transgraniczności, która poprzez cierpienie, lęk i ból odsłaniają dramat ludzkiego istnienia. Chorobę traktuje jako najwyższy rodzaj doświadczenia i poznania wyższego rodzaju zdrowia i wiedzy o życiu.

Zakończenie

Medycyna współczesna korzysta z wiedzy o chemicznych, technicznych i sytuacyjnych możliwościach oddziaływania na organizmy żywe. Przybiera postać materialistycznej

wiary w cuda. Prawdziwa medycyna jest zarówno naturalnym sposobem celebracji choroby i cudu śmierci jaki też celebracji zdrowia i cudu życia. „W chorobie i w nieszczęściu, gdy życie i byt są zagrożone, skłonność do mistycyzmu wzrasta. Wiadomo, że wojny i klęski zwiększają religijność i nastroje mistyczne w społeczeństwach. Wielu jest takich, którzy w życiu głosili skrajny materializm, ale w cierpieniu, w chorobie będą się buntować przeciwko determinizmowi; którzy obliczu śmierci porzucają rolę gasnącej maszyny i resztką sił rozdychają w sobie iskrę wiary w istnienie jeszcze czegoś więcej, prócz materii i maszyny” (W. Szumowski, 2007, s. 102).

Współczesna medycyna ewoluuje od „medycyny choroby” w stronę „medycyny zdrowia”. Jednak zbyt często spotykamy się z fantazjami na temat „medycyny zbawienia”, która zamienia się w zachowania magiczne lekarzy i pacjentów, rodziny, opiekunów i pielęgniarzy, którzy wierzą, że choroba jest dziełem boskim lub diabelskim. I że oni są od nich lepsi! Obok choroby ciała i umysłu pacjenci doznają trzeciego rodzaju choroby, którą nazwę „szpitalnicą”. Po prostu „szpitalnieją”, zamieniają swoje ciało i umysł w schematy szpitala, lub w schematy medyczne. Można by tę chorobę nazwać „medyczną”, od której nie ma ucieczki, tym bardziej, że jej celebrazami są sami lekarze, którzy w system leczenia „przez kompetencję” włączają prywatny system leczenia „przez intencję”. Typy lekarzy opisuje dość wnikliwie Dr n. med. Ewa Kilar ze Świdnicy.

W XIX w. Karol Kaczkowski autor rozprawy – „Lekcje higieny, czyli nauki o zachowaniu zdrowia” (1826 r) martwił się, że „brakuje w kraju niewiast, które tylko pilnowaniem chorych się trudnią, (i) z długiego doświadczenia pewnego już w tym taktu nabyły. Taka niewiasta powinna być - zręczna, skrzętna i akurata w usługach przy chorym. Powinna mieć - umiejętność opowiedzenia lekarzowi co się działo przez czas jego bytności”.

Takie „infirmiarki” = „konieczne są dla dobra cierpiącej ludzkości, bo słodzą cierpienia chorych, przynoszą ulgę, budzą u nich nadzieję dzięki tysiącom miłych przymiotów, którymi są one obdarzone”. Ale o tym z pewnością powie, kierownik naukowy dzisiejszej konferencji prof. dr hab. Jarosław Barański - filozof z Wrocławia.

RELACJA Z KONFERENCJI

PT. „ŻYĆ GODNIE DO KOŃCA”

Małgorzata Wlazło Naczelna Pielęgniarka Zespołu Opieki Zdrowotnej w Oławie

16 listopada odbyła się w Oławie I Konferencja Naukowo – Szkoleniowa, której hasłem przewodnim było „Żyć godnie do końca”. Organizatorem konferencji była grupa pielęgniarek ze szpitala w Oławie pod kierownictwem Małgorzaty Wlazło – Naczelnej Pielęgniarki. Spotkanie miało miejsce w pięknej Sali Rajców oławskiego ratusza. Patronem honorowym konferencji był Tomasz Frischmann – Burmistrz Miasta Oławy

Celem konferencji „Żyć godnie do końca” było „dotknięcie” bardzo istotnego procesu jakim jest starzenie się i starość jako etap życia, do którego każdy z nas zmierza. Żyjemy coraz dłużej i to jest takie pozytywne, takie budujące. Dane jest nam oglądać nasze wnuki, prawnuki a nawet praprawnuki. Niestety w parze z długością życia nie idzie jego jakość. Starość to w znacznej mierze choroby i niedołężność. To może być trudny okres i dla tej osoby i dla jej otocze-

nia, a szczególnie dla rodziny. Czy my jako społeczeństwo jesteśmy na to przygotowani, czy są do tego przygotowane poszczególne instytucje, w tym szpitale? Nie zawsze starość to choroby a jeżeli tak, to dlaczego coraz więcej starych ludzi trafia do szpitala. To nie jest dla nich miejsce chociażby, ze względów psychicznych. A jeżeli już jest konieczność hospitalizacji to, co należy robić, aby nasi seniorzy znaleźli tam najlepszą i dostosowaną do nich opiekę i z godnością doczekali tego, co nieuchronne. Ale czy na pewno wiemy co i jak mamy robić? Czy mamy odpowiednią wiedzę, aby zrobić więcej i czy potrafimy spojrzeć na świat oczami starszego, chorego człowieka, zrozumieć jego potrzeby – nie koniecznie dopiero jak nam powie, a jak nie powie? Czy wreszcie potrafimy poradzić sobie z odchodzeniem. Odpowiedzi na te i inne pytania starali się udzielić zaproszeni prelegenci i wykładowcy – specjaliści

w dziedzinie chorób wewnętrznych, geriatrii czy opieki paliatywnej. Poruszyli m.in. takie tematy jak:

- zjawisko starości i starzenia się
 - całościowa ocena geriatryczna
 - punkty krytyczne w pielęgnacji pacjenta niesamodzielnego
 - zrozumieć Alzheimera
 - seksualność osób wieku dojrzałego
 - problemy żywieniowe osób w wieku podeszłym czy też przygotowanie się na śmierć, o którym mówił kapłan katolicki.
- Starość nie musi kojarzyć się z chorobą, odrzuceniem i samotnością. Starość to także nasze nastawienie, nasza aktywność, lub jej brak.

Z uwagi na duże zainteresowanie i pozytywny oddźwięk konferencji zarówno wśród uczestników jak i wykładowców organizatorzy planują konferencję jesienią 2019 roku.





KĄCIK HISTORYCZNY

Jadwiga Topp

Komisja Historyczna Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego pragnie gromadzić życiorysy, wspomnienia, dokumenty i fotografie ilustrujące dokonania polskich pielęgniarek pracujących we Wrocławiu i na całym Dolnym Śląsku, od czasów powojennych aż po czasy współczesne. Zachęcamy nasze Koleżanki i Kolegów, którzy chcieliby napisać o swojej pracy, o historii placówek, w jakich pracowali, o osobistym zaangażowaniu i trosce o chorych rozumianej jako życiowe powołanie, o podejmowanych inicjatywach i osiągnięciach, aby nadsyłać te materiały pod adresem Zarządu Oddziału Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, ul. Powstańców Śląskich 50; 53-333 Wrocław lub: info@doipip.wroc.pl. Najciekawsze wspomnienia, zdjęcia, dokumenty chcielibyśmy opublikować na łamach biuletynu „W cieniu czepka”. Prosimy również inne osoby, by podzieliły się wspomnieniami o pielęgniarkach, zwłaszcza tych, które ze skromności lub z powodu zaawansowanego wieku same nie mogą o sobie napisać. W dzisiejszym biuletynie publikujemy życiorys nadesłany przez zasłużoną wrocławską pielęgniarkę – panią Jadwigę Topp.



JADWIGA TOPP

Urodziłam się 10 października 1935 roku we wsi Studzianki koło Białegostoku. Tu przeżyłam okupację radziecką i niemiecką. Po wojnie, w latach 1945-1950 uczęszczałam do miejscowej szkoły podstawowej. Następnie rozpocząłam naukę w liceum ogólnokształcącym w Białymstoku, której nie mogłam kontynuować w związku z trudną sytuacją materialną swojej wielodzietnej rodziny. Mając zapewnione miejsce w internacie podjęłam więc edukację w białostockiej szkole pielęgniarskiej. Niestety, wkrótce po rozpoczęciu nauki musiałam ją przerwać z powodu niewydolności serca. Po niedługiej przerwie podjęłam ponownie naukę – tym razem w liceum ogólnokształcącym w Będzinie (Zagłębie Śląsko-Dąbrowskie). Jednak brak środków utrzymania spowodował, że po ukończeniu kolejnych dwóch klas ponownie przerwałam kształcenie, by pracować zarobkowo w charakterze pomocy administracyjnej najpierw w Łobzie (Zachodniopomorskie), a potem we Wrocławiu. We Wrocławiu ukończyłam cykl licealnego kształcenia w trybie wieczorowym, uzyskując w 1956 roku maturę. W tym samym roku wyszłam za mąż za licealnego kolegę, Hansa Topp, a rok później urodziła się nam córka, Izolda. Ze względu na stan zdrowia i opiekę nad dzieckiem kolejne trzy lata pozostawałam

w domu, będąc na utrzymaniu męża. W roku 1960 powróciłam do nauki zawodu pielęgniarki w dwuletniej pomaturalnej Państwowej Szkole Pielęgniarstwa we Wrocławiu, gdzie zdałam z wynikiem bardzo dobrym egzamin końcowy i uzyskałam tytuł pielęgniarki dyplomowanej. W 1962 roku podjęłam pierwszą pracę w zawodzie w Wojewódzkim Szpitalu im. J. Babińskiego we Wrocławiu na oddziale laryngologii.

Po wybuchu we Wrocławiu epidemii ospy prawdziwej w 1963 roku zgłosiłam się ochotniczo do jej zwalczania i pracowałam do czasu wygaśnięcia epidemii na Oddziale Obserwacyjnym Szpitala Zakaźnego na Psim Polu, kierowanym przez dr Julitę Rek. Za wkład w zwalczanie ospy otrzymałam dyplom uznania i zostałam wyróżniona odznaką „Za wzorową pracę w służbie zdrowia”. W 1965 roku otrzymałam propozycję objęcia stanowiska wojewódzkiej pielęgniarki (w oficjalnej nomenklaturze: starszego inspektora ds. pielęgniarstwa) i podjęłam pracę w Wydziale Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędu Wojewódzkiego we Wrocławiu, z czasem koncentrując się na problematyce pielęgniarstwa środowiskowego, które uznawałam za bardzo ważne w opiece zdrowotnej (opublikowałam wraz z Ireną Kuczyńską, Waldemarem Maszkiewiczem, Stanisławem Penarem dwuczęściową analizę „Próba wstępnej oceny organizacji i działalności pielęgniarstwa środowiskowego w rejonach zapobiegawczo-leczniczych w województwie wrocławskim”, *Zdrowie Publiczne*, 1969, nr 8 i 1970 nr 1). Regularnie podnosiłam swoje kwalifikacje uczestnicząc w kursach organizowanych przez Centrum Doskonalenia Nauczycieli i Średnich Kadr Medycznych w Warszawie.

Łącząc pracę zawodową ze studiami na wrocławskiej Akademii Ekonomicznej uzyskałam w 1972 roku dyplom magistra ekonomii w zakresie ekonomii i zarządzania (na podstawie pracy magisterskiej „Stopa życiowa ludności w Polsce w latach 1945-1970”). Następnie przez okres roku próbowałam połączyć kompetencje zawodowe pielęgniarki i analityka w Ośrodku Infor-

matyki przy PWRN we Wrocławiu, po czym powróciłam do pracy w służbie zdrowia. Od 1973 roku do przejścia na emeryturę w 1990 roku pracowałam na stanowisku naczelniej pielęgniarki w Zespole Opieki Zdrowotnej Wrocław-Śródmieście, koordynując pracę pielęgniarek w jednej z centralnych dzielnic miasta. W całym okresie pracy zawodowej aktywnie angażowałam się w działania na rzecz rozwoju i podnoszenia prestiżu zawodu pielęgniarki, inicjowałam zakładanie wielu kół Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Byłam członkiem Głównego i Wojewódzkiego Zarządu PTP. Wraz z Ireną Trafny i Bronisławą Chudzińską organizowałam i rozwijałam wrocławską filię Ośrodka Doskonalenia Średnich Kadr Medycznych, gdzie pracowałam również w charakterze wykładowcy na kursach specjalizacyjnych dla kierowniczej kadry pielęgniarskiej, pielęgniarek oddziałowych i pielęgniarek środowiskowych. Za szczególnie ważny obszar własnych działań uznawałam tworzenie i rozwijanie pielęgniarstwa środowiskowego jako podstawowej formy pielęgniarskiej działalności profilaktycznej i opieki pielęgniarskiej w środowisku zamieszkania. W tym zakresie współpracowałam z Rachelą Hutner, jedną z najbardziej zasłużonych dla pielęgniarstwa w Polsce postaci. Dzięki Jej inicjatywie i wytrwałości powstała w Lublinie pierwsza Wyższa Szkoła Pielęgniarska. Kilukrotnie byłam organizatorem i przewodniczącą Wojewódzkiej Olimpiady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu. W rozwijaniu idei tej olimpiady jako formy podnoszenia wiedzy i umiejętności oraz popularyzacji zawodu współpracowałam z zasłużonymi dla pielęgniarstwa Wilmeliną Szleminger i Ireną Świdzińską. W uznaniu dla pracy zawodowej i społecznej na rzecz środowiska pielęgniarskiego zostałam odznaczona resortowymi i państwowymi odznaczeniami: Honorową Odznaką Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, Odznaką Zasłużony dla Województwa i Miasta Wrocławia, Srebrnym i Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski.

FIZJOTERAPIA

JAKO JEDNA Z MOŻLIWOŚCI LECZENIA NEURALGII NERWU TRÓJDZIELNEGO

Aneta Demidaś

Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
Wydział Fizjoterapii, Katedra Fizjoterapii
Zakład Fizykoterapii

Neuralgia to silny, napadowy, krótki ból trwający od kilku sekund do kilku minut. Umieszczenie bólu zgadza się z anatomiczną lokalizacją zajętego nerwu lub gałęzi nerwu. Może również promieniować do innych okolic w trakcie trwania napadu. Ból pojawia się nagle i opisywany jest jako rwący, parzący, kłujący lub przeszywający, intensywny, zwykle krótki, kilkusekundowy, nawracający. Ból jest na tyle silny, że powoduje grymas na twarzy pacjenta, pocieranie lub uderzanie ręką w miejscu bólu. Opisywany jest też, jako najsilniejszy ból w życiu, trudny do wyobrażenia. Napady mogą zdarzać się kilka razy dziennie, z okresami bezobjawowymi, które mogą z kolei trwać kilka dni lub miesięcy. Choroba ma charakter sezonowy i wtedy ból najczęściej występuje w okresie od listopada do lutego, a stan bezobjawowy dotyczy okresu od maja do września. Pomiędzy napadami chory odczuwa ogromny lęk przed zbliżającym się bólem, który może doprowadzać do rozwinięcia się zaburzeń psychicznych. W miarę postępu choroby, przerwy pomiędzy napadami bólu stają się coraz krótsze, a liczba napadów w ciągu dnia się zwiększa. Objawy neuralgii najczęściej występują po jednej stronie, z wyjątkiem młodych pacjentów, gdzie mogą pojawić się dwustronnie.

Neuralgia nerwu trójdzielnego

Jest to uszkodzenie nerwu trójdzielnego, któremu towarzyszy silny ból w okolicy twarzy; zwane jest neuralgią lub rwą twarzową. Zależnie od tego, czy uszkodzenie dotyczy obu nerwów trójdzielnych, czy też jednego, objawy mogą dotyczyć połowy twarzy lub są obustronne. Nerwoból pięć razy częściej dotyczy prawego niż lewego nerwu trójdzielnego. Obustronny nerwoból zdarza się wyjątkowo rzadko, bo tylko wśród 2% wszystkich chorujących i najczęściej dotyczy osób chorych na stwardnienie rozsiane. Lokalizacja bólu zazwyczaj dotyczy obszaru szczękowego lub żuchwowego. W grupie 100 pacjentów, mniej niż 5 osób choruje na nerwoból okolicy czołowej. Neuralgia nerwu trójdzielnego jest chorobą postępującą i wyniszczającą. Częstość jej występowania wynosi 12,6-28,9/100 000 mieszkańców. Inni dane wskazują na mniejszą zachorowalność, bo od 4 do 5 przypadków na 100 000 osób populacji. Choroba

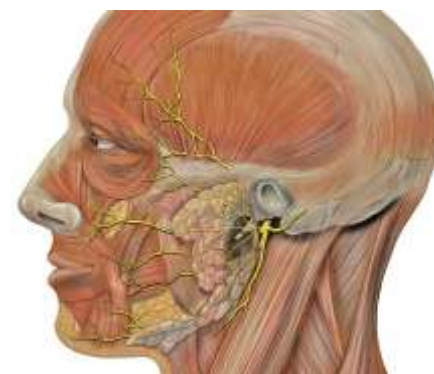
najczęściej objawia się najczęściej po 50 roku życia i nieco częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn – w proporcji 2:1, niekiedy 4:3. Typowym objawem jest, wspomniany już wcześniej przeszywający ból, znacznie rzadziej występują nietypowe symptomy, takie jak np. pieczenie. Wyróżnia się dwa rodzaje neuralgii nerwu trójdzielnego pierwszy, klasyczny z ostrym przeszywającym bólem i okresem bez bólu, drugi mniej charakterystyczny, atypowy, z uczuciem pieczenia i pulsowania. Przyczyny klasycznego nerwobólu nerwu twarzowego są bardzo różne. W zależności od przyczyny można wyróżnić nerwoból samoistny i objawowy. Nerwoból samoistny zazwyczaj występuje bez uchwytnej przyczyny. W niektórych przypadkach wywołany jest przez ucisk różnych struktur na nerw trójdzielny. Ucisk spowodowany przez naczynie żyłne lub tętnicze nazywany jest konfliktem naczyniowo-nerwowym.

Nerwoból objawowy może występować w przebiegu chorób, na które cierpi pacjent. I tak: ucisk nerwu w miejscu, gdzie się zaczyna, czyli w samym mózgu może być spowodowany przez nowotwór ośrodkowego układu nerwowego. Inne czynniki, które mogą doprowadzać do nerwobólu to stan zapalny nerwu lub zwoju trójdzielnego albo choroba demielinizacyjna, czyli uszkodzenie osłonki mielinowej otaczającej nerw. Kolejną przyczynę nerwobólu nerwu V stanowi półpasiec uszny, nazywany również zespołem Ramsaya Hunta. Choroba wywołana jest tu przez wirus ospy wietrznej, który po ustąpieniu objawów choroby umiejscawia się w zwojach nerwowych i może ponownie aktywować się po wielu latach uśpienia. Wirus ospy wietrznej często powoduje uszkodzenie zwoju Gassera. Na półpasiec najczęściej chorują osoby po 60. roku życia, które w dzieciństwie przeszły ospę wietrzną.

Trochę anatomii

Nerw trójdzielny dzieli się na część większą – czuciową, wchodzącą oraz część mniejszą – ruchową, wychodzącą z mostu. Część ruchowa znajduje się z przodu i unerwia mięśnie żwacze. Część czuciowa leży nieco z tyłu i niżej od części ruchowej. Nerw trójdzielny z mostu przebiega przez kąt mostowo-mózdkowy i wchodzi do jamy

Meckela. Część ruchowa i gałąź V3 (nerw żuchwowy) przechodzą przez otwór owalny, gałąź V2 (nerw szczękowy) wchodzi do jamy czaszki przez otwór okrągły, a gałąź V1 (nerw oczny) przez szczelinę oczodołową górną. Przestrzenny układ włókien przedzwojowych odpowiada układowi pozazwojowemu, tzn. włókna V3 leżą do tyłu i bocznie, włókna V1 do przodu i przyśrodkowo, a V2 między V3 i V2. Anatomicznie przebieg gałęzi nerwu trójdzielnego przedstawia rycina nr 1.



Ryc.1 Przebieg gałęzi nerwu trójdzielnego
(Patrick J. Lynch, medical illustrator;
commons.wikimedia.org/wiki/File:Head_facial_nerve_branches.jpg)

Ból i czucie ciepła z twarzy i ust drogą nerwu trójdzielnego docierają do jądra nerwu trójdzielnego w pniu mózgu. Stąd informacja biegną do wzgórza drogą trójdzielno-wzgórzową. Ból i czucie temperatury drogą trójdzielno-wzgórzową docierają odpowiednio do jąder: brzuszno-tylno-przyśrodkowego, brzuszno-przyśrodkowego i przyśrodkowego-grzbietowego wzgórza. Czucie dotyku i położenia drogą nerwu trójdzielnego dochodzi do głównego jądra nerwu trójdzielnego, następnie pęczkiem nerwu trójdzielnego do przeciwstronnego jądra brzuszno-tylno-przyśrodkowego wzgórza. Ból, czucie ciepła i dotyku ze wzgórza przekazywane są do kory somatensorycznej drogą wzgórzowo-korową.

Diagnostyka

Niezmierzalnie istotny dla prawidłowego rozpoznania choroby jest dokładnie zebrany wywiad z pacjentem. Klasyczną neuralgię stanowią powtarzające się kilkusekundowe, kilkuminutowe ataki ostrego bólu w zakresie gałęzi nerwu żuchwowego i nerwu szczękowego. Należy zwrócić uwagę na fakt, że

wiele objawów może być mylonych z innymi zespołami bólowymi, jak np. w neuralgiach nerwów czaszkowych z klastrowym bólem głowy czy migreną. W rozpoznaniu różnicowym należy brać pod uwagę choroby zębów, zatok przynosowych, zmiany w stawie skroniowo-żuchwowym czy neuralgię występującą po przejściu półpaśca. Jeżeli neuralgia nerwu trójdzielnego pojawi się przed piątą czy szóstą dekadą życia, należy wykluczyć stwardnienie rozsiane. W prawidłowym rozpoznaniu neuralgii nerwu trójdzielnego pomaga ocena napięcia mięśni, diagnostyka czucia dotyku, bólu, wibracji, odruchów skórnych oraz badania pomocnicze, do których należą badanie elektromiograficzne (EMG) i elektroneurograficzne (ENG). Rezonans magnetyczny trzeba wykonać w każdym przypadku z kontrastem i bez, w celu wykluczenia patologii, takich jak oponiak, torbiel naskórkowa, nerwiak, naczyniak jamisty czy tętniak. Ucisk naczynia na nerw trójdzielny nie zawsze da się uwidocznić radiologicznie. Nie jest to okoliczność wykluczająca rozpoznanie klasycznej neuralgii ani jej leczenia przyjętymi metodami.

Leczenie

Neuralgię nerwu trójdzielnego leczymy farmakologicznie, chirurgicznie i fizjoterapeutycznie.

Lekiem, od którego zazwyczaj zaczyna się leczenie, jest karbamazepina. Działania niepożądane tego leku mogą objawiać się w postaci senności, podwyższonych enzymów wątrobowych, zmniejszenia gęstości kości, leukopenii i wysypki. W 80% zastosowanie karbamazepiny przynosi ograniczenie dolegliwości bólowych. Efekt stosowania leku pojawia się w ciągu 24-48 godzin.

Innymi lekami znajdującymi zastosowanie w leczeniu neuralgii nerwu trójdzielnego są fenytoina, baklofen, klonazepam, lamotrygina i gabapentyna. Okskarbazepina ma podobne działanie jak karbamazepina, ale wywołuje mniej działań niepożądanych. Baklofen jest zazwyczaj stosowany w połączeniu z innym lekiem.

Neuralgia nerwu trójdzielnego jest chorobą postępującą, część chorych po pewnym czasie przestaje reagować na wcześniejszą terapię farmakologiczną, a część z nich zaczyna odczuwać nieakceptowalne działania niepożądane. Uważa się, że 50% pacjentów wymaga leczenia chirurgicznego. Procedury neurochirurgiczne możemy podzielić na dwa rodzaje: uszkadzające nerw trójdzielny – ablacje i nieuszkadzające – dekompensacja mikronaczyniowa.

Procedury ablacji uszkadzają włókna czuciowe i bólowe nerwu trójdzielnego, centralnie lub obwodowo uśmierzając ból lub zupełnie go likwidując.

Bardziej trwałą metodą ablacji są uszkodzenie zwoju nerwu trójdzielnego lub korzeni przedzwojowych falami o częstotliwości radiowej, oraz druga metoda – poprzez podanie glicerolu czy wykonanie rizotomii balonem. W niszczeniu nerwu trójdzielnego i kontroli bólu ma również zastosowanie radiochirurgia z użyciem noża gamma.

Stosuje się również mikronaczyniową dekompresję nerwu trójdzielnego, która jest uznawana za najefektywniejszą metodę leczenia neuralgii nerwu trójdzielnego. Polega na odseparowaniu naczynia, przeżnięciu tętniczego, niekiedy żyły, od nerwu trójdzielnego w tzw. strefie przejścia. Dzisiaj uważa się, że odseparowanie naczynia w innym miejscu jego przebiegu też może być skuteczne w walce z neuralgią.

Fizjoterapia w leczeniu neuralgii nerwu trójdzielnego

W standardowym leczeniu neuralgii nerwu trójdzielnego bardzo często pomija się lub nie wymienia wcale leczenia fizjoterapeutycznego. Tymczasem leczenie zachowawcze z użyciem klasycznych oraz najnowszych metod rehabilitacyjnych może przynieść pacjentom z neuralgią prawdziwą ulgę w bólu, a nawet spowodować, że leczenie farmakologiczne, a tym bardziej chirurgiczne nie będzie musiało być wykorzystane. Leczenie zachowawcze daje pozytywne efekty nawet u około 75% pacjentów i pozwala na normalne funkcjonowanie zarówno w pracy, jak i w domu. Dopiero chorzy, którzy nie reagują na leczenie zachowawcze przez okres od 2 do 3 miesięcy, a stanowią oni 1-10% pacjentów, kwalifikują się do interwencji chirurgicznej.

W fizjoterapii nerwu trójdzielnego można wykorzystać wiele metod, które przyniosą ulgę w bólu pacjentowi. Jako pierwsze i najłatwiej dostępne można zastosować światło podczerwone z widzialnym emitowane przez lampę Sollux. Należy użyć filtra niebieskiego, który w zestawieniu z energią światła podczerwonego zadziała kojąco na mocny, ostry ból. Następnie po światłolecznictwie dobrze jest zaaplikować terapię prądem o szczególnie mocnym działaniu przeciwbólowym. Dobre efekty może przynieść prąd diadynamiczny i TENS, czyli przezskórna elektrostymulacja nerwów. Obydwa te prądy działają na zasadzie hamowania bólu, dzięki wpływowi na przewodzenie informacji bólowej przez włókna bólowe C do wyższych pięter ośrodkowego układu nerwowego. Mają zadanie hamować tę informację, a dostarczać głównie informację o czuciu dotyku stymulowanym odpowiednią częstotliwością użytego prądu. Ponadto, tego rodzaju elektroterapia przyczynia się do syntezy endorfin, które również wspomagają organizm w walce

z bólem. Kolejnym zabiegiem może być terapia biostymulacyjnym promieniowaniem laserowym. Zadaniem jej jest przywrócić komórkom odpowiednią ilość energii, która jest tak potrzebna do wszelkich przemian metabolicznych i prawidłowego funkcjonowania, a wyraźnie osłabiona w przypadku występowania procesów zapalnych. Przy wykonywaniu tych zabiegów należy zwrócić uwagę na ustawienie sondy laserowej, która powinna dotyczyć bezpośrednio punktów, gdzie nerw trójdzielny jest umiejscowiony najbliżej powierzchni skóry twarzy pacjenta. Powinna być też dobrana odpowiednia ilość energii na każde z naświetlanych miejsc, tak, aby móc zadziałać najefektywniej. Oprócz wymienionych metod można zastosować metody rozluźniające napięte mięśnie twarzy unerwiane przez nerw trójdzielny. Będą to techniki rozluźnienia powięziowego, terapia punktów spustowych, rozluźnienie stawów skroniowo-żuchwowych, terapia czaszkowo-krzyżowa i wiele innych, których zastosowanie zależy od wiedzy i doświadczenia terapeuty.

Niezależnie od zastosowanych technik pamiętajmy, że metod jest wiele, a tym samym możliwości, które mogą przynieść ulgę w walce z bólem.

SPOTKANIE PRZEDŚWIĄTECZNE

ZESPOŁU EMERYTOWANYCH PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WROCŁAWIU

Urszula Olechowska
Sekretarz DORPiP we Wrocławiu

13 grudnia 2017r. w siedzibie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu odbyło się kolejne spotkanie Zespołu Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych. Tematem przewodnim były tradycje bożonarodzeniowe w Polsce i w krajach europejskich. Pani Anna Stępień emerytowana pielęgniarka opowiedziała zebranym o swoich latach pracy i pobytu w Libii. Z inicjatywy Krystyny Abramczyk uczciliśmy minutą ciszy rocznicę ogłoszenia stanu wojennego w Polsce, była to też okazja

do wspomnień tych trudnych czasów dla naszego kraju, ale również dla pielęgniarek i położnych, które pracowały wówczas w warunkach pełnej gotowości. Spotkanie zakończyliśmy życzeniami świątecznymi i wspólnym śpiewaniem kolęd.

Uprzejmie informuję, że kolejne spotkania Zespołu Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych w roku 2019 odbywać się będą w następujących terminach: 14.02.2019r., 11.04.2019r., 13.06.2019r., 26.09.2019r., 12.12.2019r. we wszystkich terminach

o godz.12.00 w siedzibie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu przy ul. Powstańców Śląskich 50. Żeby zostać członkiem Zespołu należy być członkiem DOIPiP we Wrocławiu i posiadać status emeryta. Osoby chętne proszone są o kontakt z Sekretarzem DORPiP Urszulą Olechowską tel. 71/3335704.

Zapraszamy!

Więcej informacji na stronie
www.dopip.wroc.pl



ZACZEPEK ETYCZNY

O DAREMNOŚCI W LECZENIU

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

Od ponad stulecia kołata się w ludzkim umyśle to przekonanie, że życie człowieka jest za krótkie i należy je przedłużyć. Dziś tym bardziej staje się ono dla nas cenne, im jest dłuższe. Zmieniają się tylko sposoby lub środki, w których pokłada się nadzieję na urzeczywistnienie tego pragnienia, upatrując w medycynie panaceum nie tylko na choroby, ale wręcz narzędzie zwalczania śmierci, a nawet jakąś magiczną (technologiczną) przepustkę do nieśmiertelności. A przecież, czym innym jest ratowanie zagrożonego chorobą lub urazem życia człowieka, czym innym zaś jego przedłużanie. Coraz bardziej jednak krucha staje się w naszych emocjach granica między interwencją medyczną chroniącą przed skróceniem życia a wyobrażeniem wydłużenia ludzkiego życia.

Pisał już o tym Wincenty Szczucki lat dwieście temu: „Medycyna jedno tylko ma przeznaczenie, to jest: udzielanie stosownej pomocy w celu zmniejszenia cierpienia już obecnych lub też zapobieganie uszkodzeniom nastąpić mogących. Nigdy nie było ani być nie może zamiarem medycyny przedłużenie życia w ścisłym znaczeniu tego wyrazu, ani też ochronienie od śmierci; te bowiem wypadki są w związku z ogólnym porządkiem przyrodzonym, a zatem przewyższają moc człowieka. Skrócić życie mogą choroby (...), lecz przedłużeniem chybaby nazwać można te usiłowania sztuki, które nas chronią od skrócenia życia”. Jednak życia jako takiego medycyna nie przedłuża, ani tym bardziej nie zwalcza śmierci.

Mamy jednak tę skłonność, by wypierać własną i innych śmiertelność na rzecz szans leczniczych i cudu, których, jeśli już nie domagamy się od medycyny, to przynajmniej zakładamy, że personel medyczny powinien sprzyjać temu, aby ów cud uprawdopodobnić. A jeśli już śmierć otuli najbliższych? Pielęgniarki, położne, lekarzy, siebie, aż wreszcie umarłego obarczamy winą za śmiertelność.

Nie dopuszczamy nadto daremności terapii wtedy, gdy następuje nieodwracalna i pogłębiająca się wielonarządowa dysfunkcja, gdy rozpoczyna się umieranie. Do końca skłonni jesteśmy liczyć na ów cud, ponagając nierzadko personel medyczny do postępowania wzmagającego cierpienia umierającego. A cierpienia te karmią jedynie złudne nadzieje najbliższych.

Mówimy o pacjentach, wobec których wyczerpano możliwości terapii, terapia taka nie istnieje; którzy umierają, bo

stan ich pogarsza się nieuchronnie prowadząc do śmierci w krótkim, dającym się przewidzieć terminie. Píše Andrzej Kübler ze współpracownikami: „Podtrzymywanie funkcji narządów może być warunkiem wyleczenia chorego, ale może też przedłużać proces umierania, bez korzyści dla niego. U wielu chorych niewydolność narządowa nie może zostać trwale wyleczona. W takich przypadkach daremne leczenie może potęgować dolegliwości chorego, a także stanowić przyczynę cierpienia i rozterek moralnych dla osób mu najbliższych”. Niepodejmowanie więc leczenia, które nosi znamiona daremnego, w żaden sposób nie jest rezygnacją z obowiązku opieki nad chorym, w tym ze specjalistycznej opieki pielęgniarskiej. Pacjent bowiem objęty jest paliatywnym leczeniem, które „zmierza do uśmierzenia cierpienia przez najsukuteczniejsze wykorzystanie leków przeciwbólowych, uspokajających lub nasennych. Celem takiego postępowania nie może być przyspieszenie naturalnego przebiegu procesu umierania”.

Badania postaw personelu pielęgniarskiego wobec intensywnej terapii (J. Dzido, P. Domagała) wykazały, że jedynie 3% personelu pielęgniarskiego uznaje, że daremna terapia oznacza działania medyczne prowadzące do śmierci pacjenta, a 61%, że należy przerwać leczenie, gdy nabędzie się przekonania, że leczenie spełnia przesłanki terapii uporczywej. Natomiast 23% pielęgniarek stwierdziło, że chory powinien być ratowany do samego końca.

To, co należy uznać za wielce niepokojące, będące bodaj jedną z przyczyn obciążenia psychicznego pielęgniarki, to



fakt, że 67% pielęgniarek „stwierdziło, że lekarze nie rozmawiają z nimi o przerwaniu dalszego leczenia umierającego pacjenta, a tylko 6% odpowiedziało, że zawsze dyskutują z nimi o tym”. W tak kluczową decyzję zespołu terapeutycznego pielęgniarki nie są, niestety, angażowane.

Należy jednak zawsze pamiętać, że daremność terapii nie przesądza przecież o daremności życia – jest jedynie zgodą na skończoność ludzkiej egzystencji, która chyli się ku swojemu kresowi. Żadne bowiem życie nie jest daremne, bo jest bogate w uczucia i działania, w zmagania i troski, w sukcesy i porażki, zawsze piękne, lecz dlatego niezastępowalne na wzmagane cierpienia w ostatnich chwilach. O ile pozostaje jakakolwiek szansa, trzeba o nią walczyć, czasami heroicznie, ale nie po to tylko, aby przysparzać jedynie zbytecznych cierpienia odbierających godność umierania. I jest to niezwykle piękne w ludzkiej naturze, że zawsze jesteśmy zaskoczeni przez śmierć. Jakże nadto pięknie wypowiedział tę myśl Swetoniusz o Cezarze Tytusie – „Tymczasem zaskoczyła go śmierć z większą szkodą dla ludzkości niż dla niego samego”.





SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY

*„Nie jesteś jednak tak bezwolny, A choćbyś był jak kamień polny,
Lawina bieg od tego zmienia, Po jakich toczy się kamieniach.
I, jak zwykł mawiać już ktoś inny, Możesz, więc wpłynąć na bieg lawiny.”*
Czesław Miłosz

Pragnę bardzo serdecznie podziękować wszystkim osobom, które mnie wspierały i pomagały w kampanii wyborczej w wyborach do Sejmiku Województwa Dolnośląskiego. Dziękuję również tym, którzy obdarzyli mnie swoim zaufaniem i oddali na mnie swój głos.

Dzięki Państwa poparciu otrzymałam 5250 głosów, tym samym uzyskałam 4 wynik na liście. Odbieram to jako zaszczyt i honor dla pielęgniarstwa i naszej społeczności. Mam nadzieję, że w niedalekiej przyszłości zdobędę mandat radnej Sejmiku.

U progu Nowego Roku pragnę na Państwa ręce złożyć najserdeczniejsze życzenia zdrowia, wszelkiej pomyślności, szczęścia rodzinnego. Niech każdy dzień przyniesie wiele życzliwości od ludzi i losu.

Z wyrazami szacunku,
Władysława Głowacz



XIV edycja Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku



temat przewodni:

Innowacje Roku 2018

w zakresie poprawy jakości opieki pielęgniarstwa

Komunikat I, 15 listopada 2018

**Zapraszamy wszystkie zespoły pielęgniarstwa,
które wdrożyły w 2018 zmiany w praktyce lub organizacji świadczeń zdrowotnych
mające na celu poprawę jakości opieki i spełniające kryteria innowacyjności,
do podzielenia się swoimi sukcesami i przystąpienia do Konkursu**

Konkurs Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku organizowany jest przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego i Koło Liderów Pielęgniarstwa od 2005 roku. W tym roku, w odpowiedzi na zmieniającą się sytuację w ochronie zdrowia, nowe wyzwania a zarazem nowe możliwości dotyczące pielęgniarek i położnych decyzją Zarządu Głównego PTP wprowadzono zmianę w formule Konkursu. Zadecydowano o odejściu od oceny kandydatów indywidualnych, na rzecz wprowadzenia oceny osiągnięć zespołów pielęgniarstwa mających bezpośredni wpływ na jakość procesu leczenia i opieki, bądź sytuację zdrowotną podopiecznych. Patronat nad konkursem Pielęgniarka Roku obejmuje corocznie Minister Zdrowia oraz Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych, a także nasi kluczowi partnerzy w dziedzinie ochrony zdrowia.

Nowa zmieniona formuła Konkursu jest ukierunkowana na promowanie innowacyjności oraz wdrażania zmian w pielęgniarstwie, pracy zespołowej oraz zaangażowania zespołów pielęgniarstwa w działania na rzecz poprawy jakości opieki i leczenia, czyli wdrażania zmian mających na celu dobro odbiorcy naszych usług czyli pacjenta, jednostki i społeczeństwa. Nowe, czyli innowacyjne rozwiązania to takie, które dotychczas nie funkcjonowały w danej jednostce i zostały wdrożone dzięki pomysłom, inicjatywie i zaangażowaniu zespołu pielęgniarstwa. Rozwiązania te powinny cechować się oryginalnością oraz oparciem wdrożonych rozwiązań na dowodach naukowych, a zespoły aplikujące powinny posiadać pełne prawa autorskie do koncepcji i wdrożonych rozwiązań. Wskazywane w konkursie innowacje powinny być efektywniejsze od dotychczasowych rozwiązań i być zweryfikowane poprzez metody badawcze lub analityczne.

Cele XIV edycji Konkursu Pielęgniarka/Pielęgniarz Roku - Innowacje Roku 2018

Podstawowym celem konkursu jest wyłonienie wdrożonych w 2018 innowacji w obszarze praktyki pielęgniarstwa lub organizacji pracy zespołów pielęgniarstwa służących poprawie jakości świadczeń zdrowotnych oraz bezpieczeństwa pacjenta i mających wpływ na sytuację zdrowotną pacjenta lub określonej populacji odbiorców świadczeń zdrowotnych.

Konkurs ma charakter ogólnopolski, jest adresowany do pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych we wszystkich rodzajach podmiotów leczniczych lub wykonujących swój zawód w ramach praktyki zawodowej.

Naszym Drogim koleżankom

EWIE JACHIMOWICZ
HALINIE KACZOR



W związku z przejściem na emeryturę pragniemy podziękować za wieloletnią pracę w naszym zespole, zaangażowanie i życzliwość. Życzymy dużo zdrowia, pomyślności i wiele radości.

Pielęgniarka oddziałowa wraz z całym zespołem Dermatologii WSS przy ul. Kamieńskiego

Podziękowanie

Składam serdeczne podziękowanie za troskliwą opiekę
w ostatnich dniach życia mojej Mamy - Jadwigi Wanago ,

dla całego zespołu medycznego :



lekarzy, pielęgniarek, pielęgniarzy i opiekunów,
oddziału Geriatrii ze Szpitala im. A.Falkiewicza ul. Warszawska 2 we Wrocławiu,
z sali intensywnego nadzoru tzw. wentylowanej.

Szczególne słowa uznania dla doktora

Michała Olejniczaka

za okazaną życzliwość, cierpliwość, empatię i profesjonalizm.

Wdzięczna córka -
Renata Wanago- Szubstarska



W związku z przejściem na emeryturę po 40 latach pracy
w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Przewodu Pokarmowego
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Pielęgniarkom:

Urszuli Hanas , Mirosławie Stelmasińskiej
i Joannie Gierak

Serdeczne podziękowania za wieloletnią pracę ,
składają:

Koleżanki pielęgniarki i lekarze z Oddziału.

Naszej koleżance

Ani Kafce

"Śmierć stawia nas w obliczu bezsilności,
która nas obezwładnia i zabiera w nieznane.

A kiedy pojawia się kradnąc ukochaną osobę,
przeszywa serce bólem i odznacza w nim swoje piętno,
które przypomina nam stale jacy jesteśmy wobec niej bezsilni "

Proszę przyjmij wyrazy naszego najszczerzego żalu
i współczucia z powodu śmierci Twojego Tatusia.
Pamiętaj, że zawsze możesz liczyć na nasze wsparcie.
Zespół pracowników oddziału Chirurgii Plastycznej
Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego
ul. Fieldorfa we Wrocławiu

Koleżance

Bożenie Hajok

z powodu śmierci MAMY
wyrazy ogromnego współczucia, wsparcia i otuchy
składają z-ca Dyr. ds. Pielęgniarstwa,
Przełożona Klinik Pediatrycznych,
koleżanki
z Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu.

Nie żyjemy, aby umierać; ale umieramy, aby żyć wiecznie.

Michael Buchberger

Małgorzacie Suchorzewskiej

z racji śmierci TEŚCIA wyrazy żalu
i serdecznego współczucia

Składają
pracownicy Działu Bloków Operacyjnych
w Szpitalu Uniwersyteckim we Wrocławiu

Niech czas zabiera Ci z serca ból i żal,
a pozostawi miłość, która nie przemija.....

lek.med. Feliksowi Błaszczukowi

Wyrazy szczerzego współczucia z powodu śmierci
MAMY

Składają koleżanki i koledzy
z Poradni Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Domowego
Dolnośląskiego Centrum Onkologii.

„ Możesz odejść na zawsze, by stale być blisko...”

Ks. J.Twardowski

Annie Szafran

wyrazy szczerzego współczucia
z powodu śmierci OJCA

składa
Lilianna Pietrowska

Jolancie Tulibackiej

wyrazy szczerzego współczucia i otuchy
z powodu śmierci Siostry
składają:

Koleżanki Oddziału Chorób Wewnętrznych
Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego
im. T. Marciniaka przy ul. Fieldorfa 2 we Wrocławiu

Pani

mgr Annie Szafran

Przewodniczącej Dolnośląskiej Okręgowej Rady
Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu

Wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci OJCA

Składają:

Dziekan wraz z Pracownikami
Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego
we Wrocławiu

*Głębokim pokojem napetnia mnie myśl o chwili,
w której Bóg wezwie mnie do siebie – z życia do życia!*

Jan Paweł II

Liliannie Jeziorskiej

wyrazy szczerego współczucia z powodu śmierci TATY

Składają

pracownicy Działu Bloków Operacyjnych
w Szpitalu Uniwersyteckim we Wrocławiu

„LUDZIE, KTÓRYCH KOCHAMY ZOSTAJĄ NA ZAWSZE Z NAMI”

Naszej koleżance

Joasi Szczepanik

szczerze wyrazy współczucia z powodu śmierci MAMY

Składają koleżanki oddziału immunologii
WSS im.Gromkowskiego
Wrocław ul. Koszarowa 5

Z ogromnym smutkiem i żalem pożegnaliśmy naszą koleżankę,
pielęgniarkę

Bożenę Smoleń

Rodzinie bliskim wyrazy współczucia składają
współpracownicy z Ośrodka Profilaktyczno- Leczniczego
Chorób Zakaźnych i Terapii Uzależnień
przy ul. Wszystkich Świętych 2
oraz pracownicy WCZ SP ZOZ we Wrocławiu

Annie Szafran

Szczerze wyrazy współczucia
z powodu śmierci OJCA

składa

Zarząd Regionu Dolnośląskiego OZZPiP

„Boże, daj mi pogodę ducha abym godził się z tym,
czego zmienić nie mogę...”

Wyrazy współczucia, słowa otuchy i wsparcia

Małgosi Jakubczak

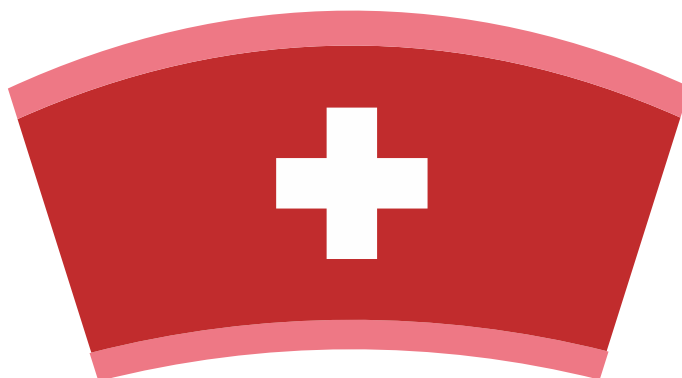
z powodu śmierci męża

składają pielęgniarki i pielęgniarze
oraz cały zespół oddziału IV DCCHP.



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**