

W CIENIU CZEPKA

BIULETYN INFORMACYJNY DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH



- ▶ GRUPY BALINTA JAKO POMOC W ROZUMIENIU PACJENTA
- ▶ O PIELEŃNOWANIU, ETYMOLOGICZNIE - ZACZEPEK ETYCZNY
- ▶ BEZPIECZNE GRZYBOBRANIE

W CIENIU 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 8.10.2018 r.
Do druku przygotowano 8.10.2018 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. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 71 784 18 45
E: jolanta.kolasinska@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWO ANESTEZJOLOGICZNE I INTENSYWNEJ OPIEKI – mgr Ewa Pielichowska

4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ
ul. Rudolfa Weigla 5, 50-981 Wrocław
T: 261 660 207, 608 309 310
E: naczelnia.pieligniarka@4wsk.pl

► PIELĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO I OPERACYJNEGO – mgr Beata Łabowicz

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Legnicy
ul. Jarostawa Iwaszkiewicza 5, 59-220 Legnica
T: 76 72 11 401, 661 999 104
E: beata.labowicz@szpital.legnica.pl

► PIELĘGNIARSTWO DIABETOLOGICZNEGO – mgr Iwona Pilarczyk-Wróblewska

Uniwersytet Medyczny, Katedra Pediatrii
Zakład Neonatologii
ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław
T: 500 141 941
E: iwona.pilarczykwroblewska@umed.wroc.pl

► PIELĘGNIARSTWA EPIDEMIOLOGICZNEGO – mgr Katarzyna Salik

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
ul. M. Skłodowskiej-Curie 58, 50-368 Wrocław
T: 71 327 09 30, 71 784 21 75, 606 99 30 95
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
Bonifratskie Centrum Opieki Hospicyjnej
w Bonifratskim Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
ul. Poświęcka 8a, 51-128 Wrocław
T: 608 585 295
E: d.krzyzanowski@bonifratskiecentrumzdrowia.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	Księgowność Działu Kształcenia	71 333 57 14
Księgowność	71 333 57 06	Dział Kształcenia Oddział w Lubinie	76 746 42 03

OD REDAKCJI

Szanowni Państwo,

Zapraszamy serdecznie do lektury kolejnego biuletynu „W Cieniu Czepka”. W tym numerze znajdziecie Państwo interesujący artykuł przedstawiający ideę funkcjonowania grup balintowskich jako narzędzia w podnoszeniu umiejętności efektywnego pomagania osobom cierpiącym na różnego rodzaju dolegliwości somatyczne i emocjonalne, a także zrozumieniu pacjenta.

Jak zapewne zauważyliście w biuletynie od wielu miesięcy publikujemy „Zaczepek etyczny”, do lektury którego zapraszamy i zachęcamy. Mamy też nadzieję, że czasem wzbudza refleksje i pobudza do dyskusji. Z cyklu artykułów z zakresu fizjoterapii w tym miesiącu mamy okazję zapoznać się z historią wodolecznictwa i znaczeniem leczenia uzdrowiskowego. Natomiast nasze koleżanki z Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu niezwykle ciekawie piszą o swojej pracy z pacjentami chorymi na nowotwory, za co im Redakcja biuletynu serdecznie dziękuje.

Jak każdego roku w październiku przypominamy zasady bezpiecznego grzybobrania i postępowania w przypadku zatrucia grzybami.

Nie przegapcie Państwo zaproszenia na ciekawe i potrzebne szkolenie z zakresu bezpiecznej farmakoterapii, na które wszystkich zainteresowanych serdecznie zapraszamy.

Na koniec pamiętajmy o dacie 21 października 2018r. , zachęcamy do udziału w wyborach samorządowych. Każdy z nas ma wpływ na wybór właściwych osób, które będą dbały o nasze potrzeby w lokalnych społecznościach. Nic o Nas bez Nas!. Zapraszamy do lektury

Redakcja

W NUMERZE:

- | | | |
|---|--|--|
| 4 Stanowisko NIPiP nr 22 | 9 Grupy Balinta jako pomoc w rozumieniu pacjenta | 19 Leczenie uzdrowiskowe w Polsce |
| 5 Komunikat ws. Zypadhera | 12 Opieka pielęgniarska nad pacjentem z wylonioną stomią jelitową | 22 Zaczepek etyczny |
| 6 Regulamin refundacji kosztów doskonalenia zawodowego | 14 Kongres Kielce - relacja | 23 Ogłoszenia |
| 8 Nabór pielęgniarek do WOT | 15 Bezpieczne grzybobranie | 26 Pamięć i serce |

STANOWISKO NR 22



PREZYDIUM NACZELNEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH Z DNIA 28 SIERPNI 2018 ROKU

w sprawie obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi

Prezydium Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych mając ustawowe prawo, na mocy art. 4 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (tj. Dz. U. 2018r., poz. 916), do zajmowania stanowiska w sprawach stanu zdrowia społeczeństwa, polityki zdrowotnej państwa oraz organizacji ochrony zdrowia, wnosi o odrzucenie w całości obywatelskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi przygotowany przez Komitet Obywatelskiej Inicjatywy Ustawodawczej Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Wiedzy o Szczepieniach „STOPNOP”.

Zdaniem Prezydium NRPIP przepisy projektu znoszące obowiązek szczepień ochronnych godzą w interes publiczny polskiego społeczeństwa. Obecnie ustawowy

obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu na określone choroby zakaźne nałożony jest na każdą osobę przebywającą na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej i ma silne uzasadnienie wynikające nie tylko z dbałości o zdrowie indywidualnego pacjenta, ale przede wszystkim z konieczności zadbania o zdrowie publiczne całego społeczeństwa. Na obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu wskazuje również obowiązujące orzecznictwo sądowe.

„Obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu jest konsekwencją przepisów Konstytucji RP, a w szczególności w art. 31 ust. 3, który stanowi, że ograniczenia w zakresie korzystania z konstytucyjnych wolności i praw mogą być ustanawiane tylko w ustawie i tylko wtedy, gdy są konieczne w demokratycznym państwie dla jego

bezpieczeństwa lub porządku publicznego, bądź dla ochrony środowiska, zdrowia i moralności publicznej, albo wolności i praw innych osób. Związek pomiędzy szczepieniami ochronnymi a ochroną zdrowia społeczeństwa jest oczywisty, przede wszystkim chronione powinny być inne osoby narażone w ten sposób na rozprzestrzenianie się chorób zakaźnych” (Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 19 października 2016r., VII SA/Wa 2539/15, Lex 2159949).

Prezydium NRPIP wyraża negatywną opinię do projektowanej zmiany ustawy i wnosi stanowczo o jego odrzuceniu.

Sekretarz NRPIP
Joanna Walewander

Prezes NRPIP
Zofia Małas



KOMUNIKAT

W SPRAWIE WARUNKÓW REALIZACJI ZLECANYCH ZABIEGÓW, W TYM PODAWANIA INIEKCJI Z PRODUKTU LECZNICZEGO ZYPADHERA

Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przypomina, że zlecenie wykonania zabiegu, np. podania iniekcji dożylniej, powinno uwzględnić warunki konieczne do podania danego leku (w domu pacjenta, w gabinecie pielęgniarki poz, gabinecie diagnostyczno-zabiegowym lekarza poz, gabinecie lekarza specjalisty, warunkach szpitalnych, bez obecności lekarza lub przy jego udziale), które zależą od specyfiki produktu leczniczego oraz stanu zdrowotnego pacjenta. Lekarz ordynujący lek do podawania parenteralnego jest zobowiązany do postępowania zgodnie z aktualnie obowiązującymi standardami medycznymi. Musi także przestrzegać zaleceń producenta zawartych w charakterystyce produktu leczniczego.

W związku z pojawiającymi się wątpliwościami dotyczącymi podawania produktu leczniczego Zypadhera 210 mg, 300 mg, 405 mg, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu podawany w iniekcji domięśniowej, Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia wskazuje że zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego Zypadhera:

- Produkt leczniczy powinien być podawany

przez pracownika służby zdrowia przeszkolonego w zakresie właściwej techniki wykonywania iniekcji i w warunkach, w których istnieje możliwość obserwacji pacjenta po wstrzyknięciu, oraz zapewniony jest dostęp do właściwej opieki medycznej w przypadku przedawkowania produktu.

- Po każdym wstrzyknięciu leku przez co najmniej 3 godziny pacjenta należy obserwować w placówce służby zdrowia przez odpowiednio przeszkolony personel w celu identyfikacji możliwych objawów podmiotowych i przedmiotowych przedawkowania.

- Bezpośrednio przed opuszczeniem placówki służby zdrowia przez pacjenta należy upewnić się, że jest on świadomy, zorientowany i nie występują u niego żadne objawy podmiotowe i przedmiotowe przedawkowania.

- Jeżeli istnieje podejrzenie przedawkowania produktu, należy zapewnić ścisły nadzór medyczny i obserwować pacjenta do czasu ustąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych. Należy wydłużyć 3 godzinny okres obserwacji, jeżeli jest to wskazane ze względów klinicznych, w przypadku pacjentów, u których występują objawy podmiotowe i przedmiotowe przedawkowania leku.

- Jeżeli w celu leczenia działań niepożądanych występujących po wstrzyknięciu niezbędne jest pozajelitowe podanie benzodiazepin, zaleca się przeprowadzenie dokładnej oceny stanu klinicznego pacjenta pod kątem występowania nadmiernego uspokojenia polekowego i depresji krążeniowo-oddechowej.

- Leczenie objawowe i monitorowanie czynności życiowych powinno być wdrożone zgodnie ze stanem klinicznym pacjenta i powinno uwzględnić leczenie niedociśnienia oraz zapaści krążeniowej oraz podtrzymywanie czynności oddechowych. Konieczne jest monitorowanie czynności układu sercowo-naczyniowego w celu wykrycia ewentualnych zaburzeń rytmu serca. Ścisła kontrola lekarska oraz monitorowanie powinny trwać do całkowitego powrotu pacjenta do zdrowia.

Zalecając podanie parenteralne produktu leczniczego Zypadhera należy bezwzględnie przestrzegać przytoczonych na wstępie zasad (w tym zaleceń wynikających z charakterystyki leku), w szczególności w przedmiocie skierowania pacjenta do podmiotu leczniczego zapewniającego odpowiednie warunki dla jego pacjenta.



REGULAMIN REFUNDACJI

KOSZTÓW DOSKONALENIA ZAWODOWEGO PONIESIONYCH PRZEZ CZŁONKÓW DOLNOŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH WE WROCŁAWIU

Sekretarz **Urszula Olechowska**
Skarbnik **Jolanta Kolasińska**
Przewodnicząca **Anna Szafran**

§ 1

1. Prawo ubiegania się o refundację kosztów poniesionych w związku z doskonaleniem zawodowym związanym z wykonywaniem zawodu pielęgniarki i położnej w formach określonych w § 3, posiadają członkowie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu aktywni zawodowo, zwani dalej „członkami”, którzy regularnie i nieprzerwanie opłacają składki członkowskie na rzecz Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu przez okres nie krótszy niż dwa lata od daty złożenia wniosku (brak zaletności w opłaceniu składki członkowskiej na dzień złożenia wniosku).

2. W przypadku absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo do otrzymania refundacji kosztów ukończenia kursu specjalistycznego i kursu kwalifikacyjnego, o których mowa w § 3 ust. 2 i ust.3, wymagany jest roczny okres odprowadzania składki członkowskiej na rzecz DOIPIP we Wrocławiu od momentu stwierdzenia prawa wykonywania zawodu i wpisu do rejestru pielęgniarek/położnych prowadzonego przez DOIPIP we Wrocławiu na dzień złożenia wniosku o refundację.

§ 2

Członkowie zwolnieni z opłacania składek zgodnie z § 4 pkt 1,2,3,4,5,6,7,8 tekstu jednolitego uchwały nr 18 i 22 VII Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 20 stycznia grudnia 2016 roku w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału, mogą korzystać z dofinansowania po udokumentowaniu wymienionych w powyższej uchwale okresów zwolnienia.

§ 3

Formami doskonalenia zawodowego podlegającymi refundacji są:

1. sympozja, konferencje, seminaria naukowe, zjazdy naukowe, warsztaty szkoleniowe, kongresy i szkolenia.
2. kursy specjalistyczne, o których mowa w art. 72 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U.

Z 2018r, poz. 123) prowadzone przez podmioty organizujące kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych zgodnie z art. 75 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. Z 2018r, poz. 123) i Rozporządzeniem MZ z dnia 30 września 2016r.

3. kursy kwalifikacyjne, o których mowa w art. 71 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. Z 2018r, poz. 123) prowadzone przez podmioty organizujące kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych zgodnie z art. 75 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (t.j. Dz. U. z 2018r, poz. 123) i Rozporządzeniem MZ z dnia 30 września 2016r.

§ 4

1. Członek samorządu może skorzystać z refundacji jeden raz na dwa lata po zakończeniu danej formy doskonalenia zawodowego objętej niniejszym regulaminem, potwierdzonym stosownym dokumentem za wyjątkiem absolwentów studiów kierunkowych.

2. Członkowi samorządu może być przyznana refundacja faktycznie poniesionych kosztów uczestnictwa w formach doskonalenia określonych w §3 w kwocie:

1) nie wyższej niż 500,00 zł. w przypadku sympozjów, konferencji, seminariów naukowych, zjazdów naukowych, warsztatów szkoleniowych, kongresów, szkoleń.

2) 200,00 zł. w przypadku kursów specjalistycznych.

3) 500,00 zł. w przypadku kursów kwalifikacyjnych.

3. Refundacja nie obejmuje wydatków diet, zwrotów kosztów zakwaterowania, przejazdu i wyżywienia.

4. Formy kształcenia wskazane w § 3, dofinansowane z innych źródeł tj. z budżetu Państwa, z Funduszu Unijnego i innego centralnego lub samorządowego finansowania nie podlegają refundacji przez DOIPIP.

§ 5

1. Refundacja kosztów doskonalenia zawo-

dowego może nastąpić wyłącznie na wniosek zainteresowanego członka samorządu.

2. Wzór wniosku stanowi załącznik do niniejszego regulaminu.

3. Wniosek składa się w ciągu dwóch miesięcy po ukończeniu danej formy doskonalenia zawodowego.

4. W przypadku uczestnictwa w miesiącu listopadzie i grudniu w jednej z form doskonalenia zawodowego wymienionych w § 3 gdy wniosek o refundację będzie rozpatrywany w roku następnym refundacja będzie zaliczona za rok poprzedni.

§ 6

1. Wnioski rozpatruje Zespół ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego i przedstawia do akceptacji Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu lub Prezydium DORPIP.

2. Posiedzenia Zespołu ds. Refundacji Kosztów Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego odbywają się w biurze Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu jeden raz w miesiącu (w pierwszy roboczy wtorek miesiąca).

3. Wniosek złożony po terminie, o którym mowa w §5 pkt 3, pozostaje rozpatrzony odmownie.

4. W przypadku złożenia wniosku nie spełniającego wymagań określonych w §5 lub niedokładnie wypełnionego albo nieczytelnego, Zespół ds. Refundacji Kosztów Kształcenia wezwie jednorazowo wnioskodawcę do jego uzupełnienia lub poprawienia w terminie 21 dni od daty wystania pisma, pod rygorem nierozpatrzenia wniosku.

5. Do kompletnie wypełnionego wniosku należy dołączyć następujące dokumenty:

a) kserokopię zaświadczenia o ukończeniu danej formy doskonalenia zawodowego

b) kserokopię imiennego rachunku potwierdzającego poniesione przez członka samorządu koszty

c) dokument potwierdzający regularne opłacanie składki członkowskiej na rzecz samorządu (zał. nr 1 do Regulaminu).

d) informację podatkową z wyłączeniem kursów specjalistycznych i kwalifikacyjnych (zał. nr 2 do Regulaminu)

e) podanie o dokonanie przelewu na konto (zał. nr 3 do Regulaminu)

f) wnioski o aktualizację danych (zał. nr 4 do Regulaminu)

g) upoważnienie wystawione przez wnioskodawcę do odbioru refundacji z kasy DOIPIP przez osobę trzecią (zał. nr 5 do Regulaminu)

6. Rozpatrywane będą wyłącznie wnioski złożone w sekretariacie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu lub przesłane pocztą (liczy się data wpływu do sekretariatu lub data stempla pocztowego). Nie będą rozpatrywane wnioski przesłane faksem lub drogą elektroniczną w formie skanu.

§ 7

Od decyzji Prezydium lub Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych przysługuje jednorazowe odwołanie do DORPIP w terminie 30 dni od daty wydania decyzji.

§ 8

Sposób odebrania refundacji;

1. refundacja może być wypłacona wnioskodawcy po okazaniu dokumentu tożsamości w kasie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu lub przelana na konto osobiste pod warunkiem załączenia do wniosku podania o dokonanie przelewu pieniędzy na konto (wzór stanowi załącznik nr 3 do regulaminu)

2. osobie upoważnionej przez wnioskodaw-

cę za okazaniem pełnomocnictwa i dokumentu tożsamości tej osoby (wzór stanowi załącznik nr 5 do regulaminu).

§ 9

1. Refundacja będzie udzielana do wyczerpania kwoty zaplanowanej w budżecie na dany rok kalendarzowy.

2. W przypadku osób, które zostały zakwalifikowane do refundacji kosztów kształcenia w danym roku, a którym refundacja nie została wypłacona z uwagi na wyczerpanie środków finansowych, otrzymają przyznaną kwotę w pierwszej kolejności w roku następnym.

§ 10

1. Otrzymanie refundacji kosztów poniesionych w związku z doskonaleniem zawodowym jest dochodem członka samorządu i podlega rozliczeniu w rocznym zeznaniu podatkowym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

2. Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu wyda stosowny dokument umożliwiający członkowi samorządu rozliczenie z Urzędem Skarbowym.

§ 11

W sprawach nieuregulowanych w niniejszym regulaminie decyzję podejmować będzie Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu.

§ 12

Postanowienia niniejszego Regulaminu nie naruszają uprawnień pielęgniarek i położnych członków Dolnośląskiej Okręgowej

Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu do korzystania z bezpłatnej formy kształcenia podyplomowego na warunkach określonych Regulaminem Kwalifikowania i Finansowania Kosztów Kształcenia Podyplomowego stanowiącym Załącznik do uchwały nr 177/2015/VI DORPIP we Wrocławiu z dnia 26 września 2015 r.

§ 13

1. Regulamin wchodzi w życie z dniem 1 maja 2018 r i ma zastosowanie do form uczestnictwa wymienionych w § 3 rozpoczynających się po dacie wejścia jego w życie.

2. Formy doskonalenia zawodowego określone w § 3 ust. 1 (sympozja, konferencje, seminaria naukowe, zjazdy naukowe, warsztaty szkoleniowe, kongresy, szkolenia), ukończone przed dniem 1 maja 2017 r, nie później niż w dniu 1 marca 2017 r, podlegają refundacji na podstawie Regulaminu Kosztów Kształcenia Członków Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu stanowiącym załącznik do uchwały Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu nr 176/2015/VI z dnia 26 września 2015 r.

§ 14

Z dniem wejścia w życie niniejszego regulaminu traci moc Regulamin Refundacji Kosztów Kształcenia Członków Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu stanowiący załącznik do uchwały Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu nr 176/2015/VI z dnia 26 września 2015 r.



INFORMACJA



NA TEMAT MOŻLIWOŚCI SŁUŻBY PIELĘGNIAREK I PIELĘGNIARZY W WOJSKACH OBRONY TERYTORIALNEJ

Dowództwo Wojsk Obrony Terytorialnej
ul. Dymińska 13, 01-783 Warszawa
Sekretariat: tel.261877405 fax.261877770
dwot.sekretariat@mon.gov.pl

1 stycznia 2017 roku utworzono w Polsce Wojska Obrony Terytorialnej, które są V Rodzajem Sił Zbrojnych. Misją formacji jest obrona i wspieranie lokalnych społeczności. Formacja ma charakter lekkiej piechoty, a niemal co szósty z żołnierzy ma specjalność związaną z medycyną. Mając na uwadze powyższe, pielęgniarki i pielęgniarze są naturalnymi kandydatami do służby w Wojskach Obrony Terytorialnej. Służba ta obejmuje szkolenie przez dwa dni w miesiącu w systemie weekendowym i jest pełniona w miejscu zamieszkania. Wymagania ustawowe wobec kandydatów do służby w WOT są następujące:

- posiadanie obywatelstwa polskiego;
- pełnoletność (wiek co najmniej 18 do 55 lat w korpusie szeregowych, do 63 lat w korpusie podoficerów i oficerów);
- posiadanie dobrego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego;
- niekaralność;
- brak przydziału kryzysowego lub brak reklamacji od służby wojskowej.

Pielęgniarki i pielęgniarze, którzy wstąpią do WOT mogą rozwijać się zawodowo poprzez:

1. uczestnictwo w bezpłatnych kursach i szkoleniach specjalistycznych takich jak:

- kurs „wkłucia doszpikowe – zaawansowane techniki ratujące życie”,
- kurs doskonalący z zaawansowanych zabiegów ratujących życie w obrażeniach ciała w opiece przedszpitalnej,
- kurs USG FAST w urazach,
- kurs doskonalący z zakresu zapobiegania chorobom zakaźnym i odzwierzęcym,
- kurs doskonalący z zakresu polowego ratownictwa i stanów zagrażających życiu.

2. dofinansowanie kosztów kształcenia podyplomowego zgodnie z ustawą o zawodach pielęgniarki i położnej dotyczy również pielęgniarek i pielęgniarzy czynnych zawodowo posiadających prawo wykonywania zawodu i obejmuje m.in.:

Szkolenia specjalizacyjne czyli specjalizacje w dziedzinie pielęgniarstwa lub medycyny: pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki, pielęgniarstwo operacyjne, pielęgniarstwo chirurgiczne, pielęgniarstwo ratunkowe, pielęgniarstwo epidemiologiczne oraz w dziedzinie ochrona zdrowia pracujących - dla osób pracujących w zawodzie co najmniej przez 2 lata w okresie ostatnich 5 lat.

Kursy kwalifikacyjne: w dziedzinie pielęgniarstwa lub medycyny: pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki, pielęgniarstwo operacyjne, pielęgniarstwo chirurgiczne, pielęgniarstwo ratunkowe, pielęgniarstwo epidemiologiczne oraz w dziedzinie ochrona zdrowia pracujących - dla osób posiadających co najmniej 6-miesięczny staż pracy w zawodzie.

Kursy specjalistyczne: leczenie ran, pielęgnowanie pacjenta dorosłego wentylowanego mechanicznie, szczepienia ochronne, wykonanie konikopunkcji, odbarczenie odmy prężnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego, resuscytacja krążeniowo-oddechowa, ordynowanie leków i wypisywanie recept, terapia bólu ostrego u dorosłych, wykonanie i interpretacja zapisu EKG u dorosłych, wywiad i badanie fizykalne.

Kursy doszkaltające: aspekty leczenia ran, bezpieczna linia naczyniowa, warunki sanitarne i utrzymanie higieny.

3. dofinansowanie lub zwrot kosztów studiów:

Studia wyższe licencjackie na kierunku pielęgniarstwo oraz studia wyższe magisterskie na kierunku pielęgniarstwo-możliwe jest uzyskanie dofinansowania lub zwrot kosztów studiów. Wsparcie obejmowałoby okres kształcenia (studia licencjackie i/lub magisterskie) w czasie pełnienia Terytorialnej Służby Wojskowej.

4. świadczeń finansowych oraz ubezpieczenia zdrowotnego:

Za każdy dzień spędzony w wojsku podczas szkolenia żołnierz otrzymuje od 90zł wzwyż od stopnia szeregowego; dodatkowo żołnierzom WOT przysługuje dodatek za „gotowość bojowa” w wysokości 320zł za każdy miesiąc służby. Daje to łącznie minimum 500zł za dwa dni szkoleniowe i utrzymanie gotowości. Kwota ta nie jest opodatkowana.

Niezależnie od rozwoju aktywności zawodowo-medycznej, pielęgniarki i pielęgniarze w WOT mogą być kierowani na kursy oficerskie lub szkolenie specjalistyczne, stosownie do potrzeb Sił Zbrojnych i jednostki wojskowej.

Ponadto, żołnierz Obrony Terytorialnej pełniący terytorialną służbę wojskową przez okres co najmniej trzech lat, może być powołany do służby kandydackiej lub zawodowej służby wojskowej na zasadach określonych dla żołnierzy rezerwy, na zasadach pierwszeństwa powołania do tych służb przed innymi osobami.

Kandydaci do służby zgłaszają się do właściwych dla miejsca zameldowania Wojewódzkich Komend Uzuppełnień na ogólnie obowiązujących zasadach.

Więcej informacji na stronie: <https://terytorialsi.wp.mil.pl/>

GRUPY BALINTA JAKO POMOC W ROZUMIENIU PACJENTA

Maciej Kusztan

**Psychoterapeuta Psychodynamiczny
Członek Polskiego Stowarzyszenia Balintowskiego
Uczestnik Grup Balinta**

Celem niniejszego artykułu, jest krótkie zapoznanie Państwa z metodą pracy, jaką zaproponował Michael Balint a także próba, przedstawienia korzyści płynących z uczestnictwa w treningu balintowskim.

W pierwszej części artykułu, postaram się przybliżyć sylwetkę Michaela Balinta, oraz cel powstania Grup. W kolejnej, przedstawię Państwu metodę pracy i opiszę jakie umiejętności i korzyści, jakie mogą wynieść z udziału w niej uczestnicy.



Michael Balint - lekarz i psychoanalityk - jedna z najwybitniejszych postaci tzw. Węgierskiej Szkoły Psychoanalitycznej. Urodził się 3 grudnia 1896 roku w Budapeszcie w rodzinie węgierskich Żydów. Zmarł 31 grudnia 1970 roku w Londynie. Ojciec był lekarzem medycyny ogólnej i to pod jego wpływem Balint ukończył studia medyczne. Od 1919 roku współpracował w węgierskim psychoanalitykiem Sandorem Ferenczi, u którego odbył własną psychoanalizę. Michael Balint był uczniem, zajmującym się badaniem relacji lekarz - pacjent, zagadnieniami etycznymi psychoanalizy, założyciel Grup Balinta. Od początku swej działalności umiejętnie łączył dwie dyscypliny - medycynę i psychoanalizę. W swojej praktyce lekarskiej stosował elementy psychoanalizy, czego wyrazem była opublikowana w 1923 roku praca - „Psychoanaliza w służbie praktykującego lekarza”. W tym okresie, Michael Balint zainteresował się medycyną psychosomatyczną, której był jednym z prekursorów. W latach 50-tych

w Londynie, pod jego kierunkiem, rozpoczęto badania i doskonalenie relacji między lekarzem a pacjentem, przeznaczone dla lekarzy ogólnych i pierwszego kontaktu. Początkowo Grupy Balinta były prowadzone przez psychoanalityków. Obecnie tworzy się grupy nie tylko dla lekarzy, ale także dla pielęgniarek i innego personelu medycznego. Mogą one mieć charakter homogeniczny lub obejmować osoby wykonujące różne zawody medyczne.

Próba zastosowania psychoterapii i pracy grupowej do pomocy lekarzom somatycznym, pielęgniarkom, psychologom, pracownikom socjalnym umożliwiła M. Balintowi, badanie przeżywań ignorowanych, przeżywań, których nie zauważają, które wypierają. Doprowadziło to do ujawnienia prawidłowości, że wyparte/zignorowane przez osobę pomagającą przeżywania, powodują pogorszenie (somatyczne/psychiczne) stanu chorego, pogorszenie samopoczucia lekarza - niszczą relację między potrzebującym pomocy a udzielającym jej. Badając relację lekarz - pacjent. M. Balint doszedł wniosku, iż niemałe znaczenie w danej relacji ma los pacjenta i rola lekarza w losie pacjenta. Należy zauważyć, że Balint zwracał szczególną uwagę na fakt, że współczesna medycyna, a niekiedy nawet całe instytucje, reprezentujące się jako instytucje dające wykształcenie,

propagują kulturę ignorowania przeżywań pacjenta czyli selekcję uczuć: „zezwolenie na pozytywne” uczucia oraz „zakaz odczuwania negatywnych”. Dokładnie tak samo można powiedzieć o „kształtowaniu nawyku” ignorowania własnych uczuć przez lekarzy czy pielęgniarki, który to powoduje rozwój schorzeń psychosomatycznych, syndrom wypalenia zawodowego oraz zwiększa śmiertelność wśród specjalistów. Mówiąc o grupach Balinta należałoby zacząć od tego, czym jest zrozumienie pacjenta oraz relacja pomocowa. Otóż zrozumienie, oznacza rozumienie go bez słów i umiejętność wykazania tego zrozumienia bez słów, po prostu będąc obok, ale w taki sposób, żeby pacjent odczuwał akceptację i wsparcie. Pacjent powinien odczuwać nie tylko to, że analityk, lekarz, pielęgniarka jest obok, ale również to, że zachowuje prawidłową odległość - ta odległość bowiem nie powinna być zbyt duża, żeby pacjent nie czuł się zagubiony i porzucony, lecz także nie powinna być zbyt bliska, żeby nie czuł się skrępowany i osaczony. Oznacza to, że dystans musi być właściwy dla aktualnej potrzeby pacjenta. Ogólnie rzecz biorąc, powinno się znać potrzeby pacjenta, dlaczego są właśnie takie i dlaczego zmieniają się. Największym pragnieniem pacjenta jest pragnienie zrozumienia.

Mówiąc o relacji pomocowej mam na myśli



taką relację, w której kontakt analityka (lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego, psychoterapeuty, itd.) jest ważną i jednocześnie obciążającą emocjonalnie sytuacją. Ważność tej relacji polega na leczącym bądź szkodzącym wpływie na proces leczenia. Wymaga ona od osoby udzielającej pomocy świadomości siebie oraz swoich stanów emocjonalnych co jest niezwykle ważne do zrozumienia emocji i oczekiwań pacjenta. Zrozumienie siebie i pacjenta wpływa zarówno na jakość relacji, która sama w sobie ma oddziaływanie leczące, jak również może dać satysfakcję i uchronić przed zespołem wypalenia zawodowego samego udzielającego pomocy. W niniejszym artykule, postaram się przedstawić ideę grup Balinta, jako narzędzia służącego obydwu wymienionym wyżej celom: zrozumieniu pacjenta, poprawie jakości i efektywności pomocy oraz profilaktyce negatywnych skutków obciążeń emocjonalnych wynikających ze stałej troski o pacjenta.

Praca z ludźmi przynosi osobie pomagającej wiele satysfakcji, ale także bardzo poważne emocjonalne obciążenie. Sytuacja pomagania w pracy analityka, lekarza, pielęgniarki, pracownika socjalnego czy psychologa oprócz wiedzy merytorycznej wymaga od osoby pomagającej umiejętności słuchania i rozumienia ludzkiego funkcjonowania. Wiele mówi się o konieczności empatii, umiejętności wczuwania się w sytuację pacjenta, a niezwykle mało albo w ogóle o tak ważnej umiejętności jak samoświadomość własnych stanów emocjonalnych w kontakcie z chorym, któremu mamy pomagać. Świadomość własnych emocji, nastawień i oczekiwań, a także akceptacja i rozumienie własnej emocjonalności to umiejętności niezbędne i podstawowe w procesie dobrego pomagania. Nie można empatycznie rozumieć innych, bez tych umiejętności. Sytuacja pomagania jest najczęściej relacją pomiędzy dwojgiem ludzi, w których osoba pomagająca jak i pacjent, są jednocześnie nadawcami jak i odbiorcami informacji we wzajemnej komunikacji. Relację pomagania można traktować jako wymianę reakcji emocjonalnych jak i racjonalnych informacji. Jest to także spotkanie dwóch osobowości: zarówno osoba pomagająca, jak i otrzymująca pomoc ma własną przestrzeń psychiczną, ale także własne problemy, troski, motywacje i oczekiwania. Pacjent zgłaszający się po pomoc, chory, doświadcza wielu emocji związanych z faktem choroby, przede wszystkim lęku, niepewności, ale także złości, smutku i bezradności. Staje także w sytuacji szczególnej zależności od osoby, która ma jej udzielić pomocy. Sytuacja zależności uruchamia w różnych osobach

różne nieświadome dla niej mechanizmy obronne i reakcje emocjonalne. Upraszczając - dla jednych sytuacja, gdy ktoś się nimi zajmuje i opiekuje będzie sytuacją pożądaną, dla innych wręcz odwrotnie - budzącą niezgodę i opór. Podobnie osoba udzielająca pomocy ma swoje troski i życiowe sprawy, ale w sytuacji pomagania musi je wyciszyć, aby w to miejsce uruchomić motywację do pomagania i współodczuwania z pacjentem. Sytuacja chorego, jego emocje, cierpienie budzi w osobie pomagającej rozmaite uczucia: czasami wzruszenie, czasami irytację, a innym razem bezradność czy lęk. Uczucia te budzą się także w wyniku własnych oczekiwań, co do pełnionej przez siebie roli. Współczesna myśl psychologiczna wiele mówi o roli emocji w funkcjonowaniu społecznym. Wśród pięciu komponentów inteligencji emocjonalnej jako pierwszy wymieniana jest znajomość własnych emocji, czyli samoświadomość. Dopiero potem mówi się o umiejętności kierowania własnymi emocjami, o zdolności motywowania się, rozpoznawania emocji u innych oraz nawiązywania i podtrzymywania związków z innymi ludźmi. Wydaje się więc, że samoświadomość jest kluczem do dobrej komunikacji i rozumienia innych ludzi.

Człowiek jest istotą społeczną, inaczej mówiąc: jesteśmy relacyjni. Nasza osobowość, psychiczność powstaje w relacji z ważnymi osobami, z ważnymi obiektami. Relacje w dzieciństwie kształtują model i typ relacji jakie ludzie tworzą w życiu dorosłym. Można więc uznać, że podobnie model ten odtwarza się w relacji osoba pomagająca - pacjent. Przez całe życie tworzymy bardziej lub mniej zażyłe więzi. Są one źródłem szczęścia i radości lub przyczyną trosk i różnych napięć prowadzących do zaburzeń funkcjonowania. Podobnie można powiedzieć, że relacja pomocowa może być lecząca bądź szkodliwa. W literaturze możemy spotkać wiele opisów tzw. błędów jatrogennych wynikających z niewłaściwej komunikacji osoba pomagająca - pacjent. Błędy te wynikają z braku wiedzy na temat dobrej komunikacji i umiejętności komunikacyjnych, własnych problemów osobowościowych pomagających bądź z działania nieświadomych emocji w relacji pomocowej. Wydaje się, że zbyt mało mówi się o roli relacji i jej leczącego wpływie na proces zdrowienia. Analityk, lekarz, pielęgniarka czy psycholog, poprzez swoją postawę mogą uruchomić zasoby odpornościowe pacjenta, uruchomić motywację i siłę do leczenia. Sposób w jaki udziela się pomocy, podaje zalecenia, informuje o stanie zdrowia już sam w sobie jest leczący. Umiejętnym słowem, można osłabić niewielki lub średni

ból, uspokoić silne emocje, które wpływają na nasze zdrowie somatyczne.

Skoro relacje mogą być źródłem cierpienia, a czasami także chorób, to relacja pomocowa może mieć decydujące znaczenie w procesie zdrowienia. Relacja pomocowa jest relacją skośną, przypominającą relację rodzica z dzieckiem. I tak, jak jedną z ról rodzica jest pomieszczanie lęku i różnych emocji dziecka tak, by mogło ono się rozwijać, tak osoba pomagająca może działać lecząco, przez swoją rozumiejącą i akceptującą stany emocjonalne chorego postawę. Jednym z narzędzi kształtujących umiejętności zrozumienia innych, empatii poprzez relacji pomocowej są treningi Balintowskie. W kolejnej części artykułu, przedstawię Państwu szczegółowy opis funkcjonowania Grup Balinta oraz przybliżę zasady panujące podczas sesji treningowych.

W pierwszej części artykułu przybliżyłem sylwetkę Michaela Balina oraz cele powstania grup balintowskich. Poniżej zajmę się przybliżeniem metody oraz opiszę jak wygląda przykładowa sesja treningu balintowskiego. Postaram się także pokazać Państwu, jakie korzyści płyną z uczestnictwa Grupach Balinta.

Grupy ewaluowały od bardziej diagnostycznych do skupiających się na relacji lekarz - pacjent. Obecnie praca w grupie Balinta koncentruje się na emocjonalnym wymiarze osoba pomagająca - osoba korzystająca z pomocy. W treningu mogą więc brać udział wszyscy, którzy służą pomocą bądź opiekują się innymi ludźmi, a więc psychoterapeuci, lekarze, pielęgniarki, psychologowie, pedagogowie, pracownicy socjalni, fizjoterapeuci, wolontariusze. Głównym celem treningu balintowskiego jest samokształcenie umiejętności poznawania pacjenta, jego emocji a przez to jego potrzeb oraz własnych emocjonalnych odniesień do niego i do relacji pomocowej. Sesja grupowa trwa półtorej godziny. Pracę grupy koordynuje lider, który ma do tego odpowiednie uprawnienia poprzedzone wieloletnim kursem. Zadaniem lidera nie tyle jest prowadzenie grupy, ile raczej pobudzanie jej do pracy, inicjowanie twórczego potencjału grupy. W pracy lidera pomaga mu tzw. kolider. Jego rolą jest obserwowanie procesu grupowego i komentowanie go, gdy poprosi o to lider. Zgłoszenie do udziału w grupie Balinta zawsze powinno być dobrowolne. Sesja ma konkretny program wprowadzany przez lidera. Oznacza to, że uczestnicy grupy stosują się do propozycji lidera. Najpierw dokładnie przypomniane są reguły pracy w grupie

balintonowskiej. Przede wszystkim to, że uczestnicy nie oceniają się, nie krytykują wzajemnie swoich wypowiedzi. Na grupie nie ma miejsca na diagnozowanie pacjenta czy osoby pomagającej. Wypowiedzi wszystkich uczestników są ważne i mogą być inspirujące dla pozostałych. Niezwykle istotne jest, aby grupa stworzyła atmosferę pomocy dla osoby przedstawiającej swoją relację z pacjentem. Sytuacja współpracy i życzliwości buduje się poprzez przestrzeganie reguł przez wszystkich członków grupy. Po krótkim przedstawieniu się uczestników (jeśli grupa pracuje jednorazowo a nie jest stałą grupą) lider prosi, aby ktoś z grupy przedstawił swoją relację z pacjentem, klientem oraz jakiej pomocy w związku z tym oczekuje od grupy. Zachęca się, aby przedstawienie relacji z pacjentem dotyczyło zarówno specyfiki jego problemu czy choroby, jak i własnego emocjonalnego odniesienia do niego, wyglądu pacjenta, sposobu mówienia, jego niewerbalnego komunikowania się. Następnie grupa może zadać kilka pytań, ale lider ogranicza pytania z reguły do 3 – 4. Po tym etapie osoba przedstawiająca relację przyjmuje pozycję jedynie słuchacza i obserwatora pracy grupy. Uczestnicy są proszeni o podzielenie się swoimi odczuciami, które pojawiły się podczas i po usłyszeniu opowieści o pacjencie. Często zadanie to spotyka się z dużą trudnością. Zdarza się, że łatwiej mówić o tym, co się myśli niż o tym, co się czuje. Powody takiej sytuacji mogą być co najmniej trzy: Po pierwsze osoby, które po raz pierwszy biorą udział w grupie Balinta i mają małą świadomość swoich emocji mogą mieć trudność, gdy spotkają się z takim zadaniem. Po drugie, poszczególni uczestnicy mogą mieć osobowościowy kłopot, żeby dzielić się swoimi uczuciami. I wreszcie po trzecie, co zdarza się nawet w grupach osób wytrenowanych w korzystaniu ze swojego repertuaru emocjonalnego, to kłopot przedstawionego pacjenta, polegający na zablokowaniu bądź nieumiejętności wyrażania emocji może się w ten sposób odzwierciedlić, czy przenieść w grupie. Wszystko więc co dzieje się na sesji jest przydatne do zrozumienia pacjenta. Na przykład fakt, że osoba przedstawiająca nie powiedziała imienia pacjenta lub grupa nie pamięta tego imienia, może świadczyć o tym, że jest on niewidoczny w swojej indywidualności. Może się tak dziać, albo dlatego, że pacjent sam nieświadomie coś takiego robi, albo, że z jakichś swoich powodów pomagający nie widzi go wyraźnie.

Następnie grupa jest proszona, aby zidentyfikowała się z pacjentem i spróbowała będąc w jego roli podzielić się uczuciami, oczekiwaniami jakie się pojawiają (tzw. wejście w buty pacjenta). W kolejnym etapie

, grupa „wciela się” w wyobraźni w rolę osoby pomagającej i podobnie jest proszona o werbalizację uczuć, które się pojawiają. W jednej i w drugiej roli ważne jest, aby uczestnicy dzielili się wszystkimi emocjami, które pojawią się, nawet jeśli są one różne od emocji innych. Wydaje się, że tym bardziej są cenne, bo mogą pokazywać jakiś niewidoczny do tej pory aspekt relacji. Lider czuwa, aby uczestnicy grupy nie krytykowali, nie podważali i nie komentowali wypowiedzi nikogo w grupie. W dzieleniu się stanami emocjonalnymi chodzi o to, aby poszerzyć świadomość tego, co dzieje się w relacji pomocowej. To jest główny cel grup Balinta. Przez poznawanie emocji pacjenta i terapeuty pokazują się nieświadomiane potrzeby i oczekiwania obydwu działające w relacji. Ta świadomość może uruchomić u osoby pomagającej jej własne pomysły działania. Wgląd czasami daje rozwiązanie, a na pewno je podpowiada.

Czasami lider, posilkuje się różnymi technikami takimi jak: scenka psychodramatyczna, symbole, metafory, wizualizacja. Stosuje się je szczególnie wtedy, gdy proces grupowy zatrzymuje się, grzęźnie lub mało wnosi w rozumienie relacji.

W przedostatnim etapie spotkania, lider dokonuje podsumowania pracy grupy i jej dynamiki. Słowa te mogą stanowić ważną informację dla osoby przedstawiającej, swoją relację z pacjentem. Lider może zwrócić uwagę na najistotniejsze aspekty przedstawionej relacji, główny dynamizm, który odzwierciedlił się w pracy grupy.

Pomocna jest także rola kolidera, który jak zostało to powiedziane powyżej, ma za zadanie komentować proces grupowy z meta poziomu. Kolider zwraca uwagę na momenty, wypowiedzi, które zmieniły dynamikę grupy; emocje, które poruszyły lub zahamowały jej aktywność. Korzystanie z widzenia grupy jako całości jest niezwykle cennym materiałem niosącym ze sobą wiele informacji na temat procesu dziejącego się w relacji terapeutycznej. Na przykład, część grupy może reprezentować jakieś nieświadome części pacjenta lub terapeuty. Grupa staje się bowiem symbolem całej osoby – terapeuty lub pacjenta, w zależności, do której roli została właśnie zaproszona. Atmosfera na sesji (np. odczucie znudzenia, zmęczenia, niechęci, podniecenia) może odzwierciedlać to jak w relacji z pacjentem czuje się osoba pomagająca.

Spotkanie kończy się ponownym zaproszeniem do wypowiedzi osoby, która przedstawiała relację. Do tej pory była ona jedynie obserwatorem pracy grupowej, teraz jest proszona o swoje refleksje, spostrzeżenia na temat tego, co podzieliło się na sesji, czy jest to dla niej wartościowy i wnoszący coś nowego materiał czy zupełnie nie.

Można powiedzieć, że grupa Balinta staje się polem do odegrania rzeczywistych emocji, występujących w danej relacji pomocowej. Odtwarza się bowiem nieświadomy proces emocjonalnego wejścia w rolę pacjenta i osoby pomagającej. Sesja nie ma za zadanie wyjaśnić, postawić diagnozy, udzielić rad, ale pomóc pełniej zrozumieć pacjenta, poszerzyć świadomość relacji u osoby pomagającej, pomóc jej dostrzec aspekty, które były ukryte (u pacjenta i u osoby pomagającej), ale działają w relacji i nieświadomione mogą blokować proces zdrowienia i pomagania. Uczestnicy grup Balinta uczą się i rozwijają umiejętności słuchania, dostrzegania szczegółów, które mogą być ważne w rozumieniu funkcjonowania pacjenta. Uczą się także szanować autonomię przeżyć innych i swoich. Wraz z doskonaleniem relacji interpersonalnych wzrasta skuteczność osób pomagających oraz zaufanie i zadowolenie pacjenta.

Niniejsze opracowanie miało na celu przedstawienie idei grup balintonowskich jako skutecznego narzędzia w podnoszeniu umiejętności efektywnego pomagania osobom cierpiącym na różnego rodzaju dolegliwości somatyczne i emocjonalne oraz rozumieniu chorego. Pośrednio miało też na celu zwrócenie uwagi na wielką rolę relacji terapeutycznej/pomocowej w procesie pomagania chorym. Ponadto uczestnictwo w treningu, może pomóc także samym pracownikom przeciwdziałać zespołowi wypalenia zawodowego, poprzez coraz lepszą świadomość siebie i wzmacnianie umiejętności radzenia sobie ze stresem wynikającym z pomagania innym.

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z WYŁONIONĄ STOMIĄ JELITOWĄ część I

lic. piel. Elżbieta Marduła
piel. spec. w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego
Pielęgniarka Oddziałowa - Oddział Chirurgii Onkologicznej II
Dolnośląskie Centrum Onkologii we Wrocławiu

Opieka nad pacjentem z wyłonioną stomią jelitową to bardzo obszerne zagadnienie, chcąc przedstawić go w pełni zaprezentuję Państwu trzy obszary tematyczne: rodzaje stomii, pielęgnacja i edukacja chorego oraz powikłania stomii.

Szacuje się, że rocznie w Polsce wykonuje się około 7 tysięcy stomii jelitowych. W większości przypadków, bo prawie w 80% przyczyną wytworzenia stomii jest nowotwór jelita. Zdecydowanie rzadziej przyczyną mogą być wady wrodzone (np. wrodzony brak odbytu), urazy, przepukliny, skręt jelit, przetoki jelitowe i inne choroby jelit (np. wrzodziejące zapalenie jelita, choroba Leśniowskiego-Crohna, choroba Hirschsprunga). Biorąc pod uwagę fakt, że w Polsce około 35 tysięcy osób żyje ze stomią, problem ten wymaga szczególnej uwagi.

Leczenie chirurgiczne, które zakończone jest wyłonieniem brzuszego odbytu (stomii) należy do zabiegów, które najbardziej obciążają psychicznie chorego i jego rodzinę. Wiadomo, że wszyscy boimy się operacji chirurgicznych, ale w tym przypadku dochodzi jeszcze jeden ważny problem – adaptacji do zmiany zachodzącej w organizmie i nowej sytuacji życiowej osoby operowanej. Dlatego tak ważna jest profilaktyka i programy skryningowe.

Programy skryningowe w Polsce

Rak jelita grubego i odbytnicy jest zaraz po raku piersi drugą co do częstotliwości przyczyną występowania śmierci z powodu nowotworów u kobiet oraz drugą po raku płuc u mężczyzn w Polsce. Głównym objawem raka jelita grubego jest paradoksalnie brak objawów.

Badania skryningowe są aktualnie najlepszą metodą wykrywania polipów, zanim ulegną one zmianom nowotworowym, oraz wczesnych stadiów nowotworu, w których najlepiej jest podjąć terapię. W badaniach przesiewowych istnieją do wyboru metody

takie jak: test na krew utajoną w kale, sigmoidoskopia i kolonoskopia.

Natomiast do badań przesiewowych kwalifikują się osoby, które czują się zdrowe i spełniają następujące kryteria:

- wiek od **55 do 64 lat** oraz

- **imiennie zaproszenie.**

Nie ma znaczenia czy występują objawy sugerujące raka jelita grubego. Zaproszenie jest ważne do końca roku, w którym kończy się 64 lata.

Czy można zgłosić się na badania bez zaproszenia?

Tak, można wykonać kolonoskopię, jeśli spełniamy kryteria, wieku:

- 50–65 lat - pacjent nie miał kolonoskopii w ciągu ostatnich 10 lat,

- 40–49 lat - w rodzinie jest krewny pierwszego stopnia, u którego wykryto raka jelita grubego,

- 25–49 lat - w rodzinie wystąpił dziedziczny rak jelita grubego niezwiązany z polipowatością. Potwierdzamy ten fakt w poradni genetycznej. W takiej sytuacji należy powtarzać kolonoskopię co 2–3 lata, chyba, że badanie genetyczne wykaże, że nie ma mutacji genetycznych i można być zwolnionym z kontrolnych kolonoskopii.

Wśród osób, które poddały się badaniu w ramach Programu przesiewowego, u co czwartej stwierdzono zmiany nowotworowe, które zostały niezwłocznie usunięte. Brak jest społecznej świadomości o zagrożeniu nowotworem jelita grubego i korzyściach wynikających z regularnego poddawania się badaniom przesiewowym.

Przeprowadzono wiele badań dotyczących adaptacji do życia ze stomią. Wynika z nich, że naruszenie anatomii pacjenta ma swoje konsekwencje w samoopiece, samoakceptacji i dotyczy nie tylko sfery estetycznego wyglądu i sprawności fizycznej, ale uderza mocno w atrakcyjność społeczną, możliwości intelektualne i funkcjonowanie w wielu strefach życia.

W dzisiejszych czasach ze stomią można żyć i cieszyć się życiem. Prawie wszyscy pacjenci po pierwszym, trudnym dla nich okresie przyzwyczajają się do stomii i rozwijają nowy styl życia. Podstawowym zadaniem, jakie staje przed człowiekiem po operacji jest oswojenie się ze stomią. Każdy człowiek ma specyficzny sposób prowadzący do powrotu do zdrowia fizycznego i psychicznego, dlatego wszyscy, którzy niosą pomoc pacjentowi ze stomią muszą uznawać autonomię każdego człowieka i szanować jego prawo do przeżywania bólu, cierpienia, żalu wynikającego z choroby na swój indywidualny sposób.

Rola pielęgniarki jest tutaj bardzo znacząca, jej podejście do pacjenta, zaangażowanie oraz chęć pomocy i dzielenia się swoją wiedzą ogromnie wpływa na powrót pacjentów do normalności.

Od wiedzy i umiejętności pielęgniarki zależy bezpieczeństwo chorego w bezpośrednim okresie pooperacyjnym oraz pomyślności dalszego leczenia.

Trochę historii

W XVII wieku zaczęto stosować operacje związane z wyłonieniem stomii jako rodzaj leczenia. Natomiast pierwszą pomysłodawczynią worka stomijnego była pielęgniarka pochodząca z Danii – Elise Sorensen. W 1954 roku jej siostrze z powodu nowotworu jelita grubego wyłoniono kolostomię. Zaopatrzenie stomii w tamtych czasach było żadne, chorzy używali tylko środków opatrunkowych (gaza, lignina). Ich skóra wokół stomii po kilku dniach była odparzona, ludzie bardzo cierpieli, zamknięci we własnych domach. Dopiero Elise Sorensen, widząc cierpienie swojej siostry i chcąc jej ulżyć, wpadła na pomysł zastosowania worka foliowego na stomię, do którego będzie zbierał się stolec, a worek można przykleić do skóry za pomocą przyklepca. Poprosiła wówczas swoją koleżankę, która była żoną producenta klejów, aby ta namówiła swojego męża, aby się tym zainteresował.

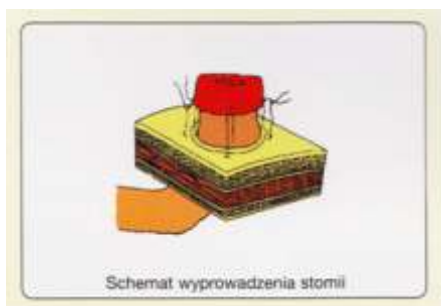


Elise Sorensen

I tak, na zasadzie prób i błędów, stworzono pierwszy worek stomijny. Od tej pory minęło wiele lat, wyprodukowano wiele coraz lepszej jakości worków stomijnych aby ulżyć i dać ludziom z wyłonioną stomią jelitową szansę życia w jak najlepszym komforcie.



Najważniejszym elementem terapii leczenia nowotworu jelita jest leczenie chirurgiczne, a jego zakres i jakość mają ogromne znaczenie dla dalszego przebiegu choroby. Konsekwencją leczenia chirurgicznego raka jelita grubego jest wytworzenie stomii (łac. anus praeternaturalis) nazywaną również sztucznym odbytem lub przetoką kałową.



Schemat wyprowadzenia stomii

W języku greckim stomia oznacza otwór. Zabieg chirurgiczny polega na połączeniu światła jelita z powierzchnią ciała. Konieczność wykonania stomii jelitowej zachodzi, gdy w wyniku leczenia operacyjnego nowotworu usunięto fragment jelita i niemożliwe jest zachowanie naturalnego pasażu stolca do odbytu. Wówczas wykonuje się stomię stałą. Natomiast aby odciążać odcinek jelita objęty leczeniem (radioterapia) wykonuje się stomię czasową. Wyto-

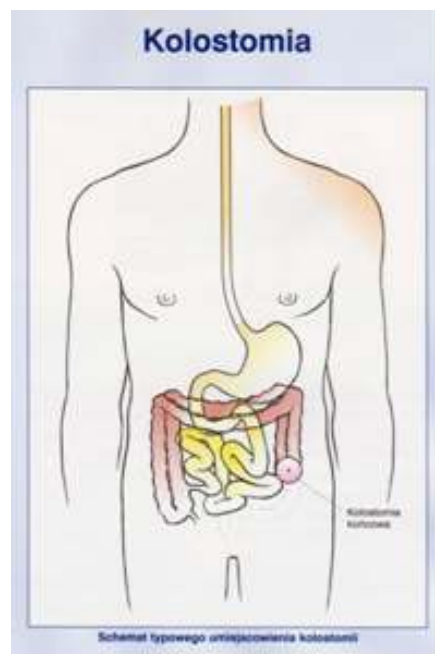
nienie stomii jelitowej jest zabiegiem planowanym, bądź wykonywanym ze wskazań życiowych i w trybie nagłym. Należy rozumieć, że stomia to nie choroba, a efekt choroby, który spowodował jej wyłonienie.

Wskazaniem do wykonania stomii jest:

- stomia jako integralny etap zaplanowanej operacji,
- stomia jako przygotowanie do definitywnej operacji,
- stomia jako zabezpieczenie przed wystąpieniem powikłań choroby podstawowej lub wykonanego zabiegu operacyjnego.

Wyróżniamy następujące rodzaje stomii w zależności od umiejscowienia połączenia:

- **KOLOSTOMIA** – jest to połączenie światła jelita grubego ze skórą – znajduje się po lewej stronie. Prawdopodobnie ukształtowana przetoka na jelicie grubym powinna być wypukła ponad skórę na 1 – 1.5cm. Kał ma charakter uformowany.

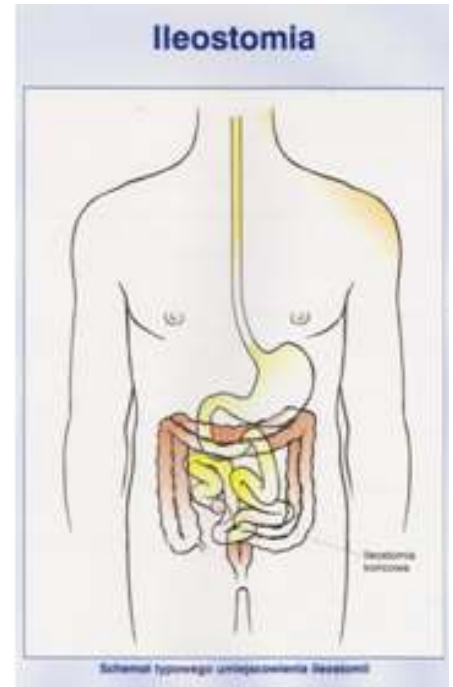


Schemat typowego umiejscowienia kolo stomii

- **ILEOSTOMIA** – jest to połączenie światła jelita cienkiego ze skórą – znajduje się po prawej stronie. Prawdopodobnie wyłoniona ileostomia powinna być wypukła ponad skórę na 2.5-3cm. Kał ma charakter płynny.

Główne wskazania do wyłonienia kolo stomii:

- choroby nowotworowe jelita grubego,
- choroby zapalne jelita grubego,
- powikłana choroba uchyłkowa jelita grubego,
- niedrożność jelita grubego (najczęściej nowotworowa),
- urazy mechaniczne okrężnicy i odbytnicy,
- rozlane kałowe zapalenie otrzewnej w na-



Schemat typowego umiejscowienia ileostomii

stępnie: uszkodzenia jelita grubego, przedziurawienia na tle zapalenia uchyłku, niedrożności jelita grubego, martwicy ściany jelita w przebiegu upośledzonego ukrwienia jelita (skręt pętli esicy, niedokrwienie jelita grubego, operacje na aorcie).

Główne wskazania do wykonania ileostomii:

- nieswoiste zapalenie jelita (wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna),
- zmiany w następstwie niedokrwienia jelit,
- uszkodzenie jelita grubego w następstwie urazów lub niedrożności,
- niedrożność mechaniczna jelita grubego,
- mnoga polipowatość rodzinna jelita grubego (po wycięciu jelita grubego),
- ciężka postać porażennej niedrożności jelita grubego (tzw. zespół Ogilrie),
- odbarczenie odwodowej części przewodu pokarmowego.

Tradycyjne metody wytłaniania stomii

Ze względu na miejsce wytworzenia brzuszno odbytu można wyróżnić takie typy stomii, jak:

- ileostomia jednolufowa
- ileostomia dwulufowa
- kolo stomia jednolufowa
- kolo stomia dwulufowa

Ileostomia jednolufowa wg Brooke'a

Metoda ta została opublikowana w 1952 r. Wskazaniem do jej wykonania jest całkowite wycięcie jelita grubego z powodu chorób takich jak: wrzodziejące zapalenie jelita grubego i polipowatość rodzinna.

Miejscem wykonania jest zwykle połowa odległości między prawym górnym kolcem biodrowym a pępkiem. Wysokość ukształ-

towania stożka ileostomii, powstałego z wywinięcia i przysycia do skóry wytłanionego jelita powinna mieścić się w granicach 2-3 centymetrów. Stożek powinien wnikać do światła zbiornika na kał (worka stomijnego). Metoda ta zabezpiecza przed blizonowaniem i zwężeniem, a stożek kieruje płynną treść z jelita do zbiornika, chroniąc skórę przed uszkodzeniem.

Ileostomia dwulufowa (pętlowa – loop ileostomy)

Jej zaletą jest niewielki rozmiar, łatwość w pielęgnacji, łatwość w zamknięciu, powoduje też małą ilość powikłań. Wskazaniem do jej wykonania jest odbarczenie zespolenia krętniczno - odbytowego i krętniczno - odbytniczno, w leczeniu przetok okrężnicy oraz w wypadku nieoperacyjnego raka okrężnicy.

Kolostomia jednolufowa

Jest wykonywana głównie z powodu raka odbytnicy. Najczęściej w obrębie okrężnicy esowatej po brzuszno - kroczywym odjęciu odbytnicy. Ten rodzaj wytwarzania stomii ma wiele zalet:

- ściśle przyleganie błony surowiczej do warstwy kolczystej skóry powodujące szybki wzrost bez tendencji do ziarninowania i zwężenia stomii,
- nie przekłuwanie błony śluzowej chroni przed zaciekaniami treści kałowej w głąb

rany, co zmniejsza możliwość zakażeń, - stomia jest od razu prawidłowo ukształtowana, co pozwala na przyklejenie woreczka stomijnego już na stole operacyjnym, co ułatwia pielęgniarce higienę osobistą chorego, - otwarte od początku światło jelita pozwala na swobodne odchodzenie gazów i treści jelitowej.

Kolostomia dwulufowa (pętlowa – loop colostomy)

Jest często przetoką czasową pełniącą funkcję odbarczającą. Wytwarzana w większości przypadków w obrębie prawej części okrężnicy poprzecznej. Wykonuje się ją w mechanicznej niedrożności lewej części okrężnicy i odbytnicy jako pierwszy etap leczenia, jak również jako pierwszy etap w chorobie Hirschsprunga. Innymi powodami są: nieresekcyjny rak lewej części okrężnicy i odbytnicy, odbarczenie niepewnego zespolenia lub zeszytej rany w okolicy lewej części okrężnicy i odbytnicy. Leczenie przetoki kałowej w miejscu zespolenia, a także w leczeniu przetok odbytniczno - moczowych, odbytniczno - pochwowych, stanów zapalnych i wszelkiego rodzaju trudno gojących się zmian w obwodowej części okrężnicy i odbytnicy.

Zamknięcie stomii

Odtworzenie ciągłości przewodu pokarm-

owego po wykonaniu czasowej przetoki jelitowej. Zależy od charakteru pierwotnej choroby, w celu której została ona wykonana. Chorym, którym wyłoniono stomię z powodu chorób innych niż nowotworowe, stomię można zamknąć już po 2 – 3 miesiącach od założenia.

Pacjenci po zabiegach resekcyjnych jelita z powodu chorób nowotworowych okres ten wynosi około osiemnastu miesięcy. Czas ten jest wykorzystany na leczenie uzupełniające. Operacja zamknięcia stomii i odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego powinna być poprzedzona oceną wydajności zwieraczy odbytu w badaniu manometrycznym.



KONGRES KIELCE

Dorota Drozd – Sekretarz Koła PTP przy 4 WSK z Polikliniką we Wrocławiu



**XIV Kongres
Pielęgniarek Polskich
Kielce 2018**

XIV Kongres Pielęgniarek Polskich

„Współczesne pielęgniarstwo-dynamika zmian i wezwanie do działania”

odbył się 13-15 września 2018 roku w Kielcach. Został przygotowany i zorganizowany przez Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie oraz Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach.

W programie Kongresu znalazły się najnowsze doniesienia naukowe z wiodących ośrodków naukowych w Polsce, przegląd najnowszych wyników badań w pielęgniarstwie oraz rekomendacje w zakresie opieki nad człowiekiem zdrowym i chorym,

przebywającym w szpitalu czy środowisku domowym.

Prezes Zarządu Głównego PTP dr n. o zdr. Grażyna Wójcik przekazała w swoim wystąpieniu, że jednym z nadrzędnych celów Towarzystwa jest integracja wszystkich środowisk działających na rzecz pielęgniarstwa, w tym szczególnie budowanie współpracy z odbiorcami usług czyli społeczeństwem. Przywództwo, zarządzanie oraz szukanie liderów w zespołach pielęgniarskich, aby zmieniać pielęgniarstwo i dostosować je do wymogów współczesnego świata.

W programie Kongresu było dużo ciekawych

wykładów dotyczących pielęgniarstwa oraz warsztaty tematyczne doskonalące praktyczne umiejętności. Przygotowany był kącik historyczny oraz poznałyśmy dwie panie pielęgniarki, które organizowały po raz pierwszy kongres.

W zjeździe uczestniczyło około 300 osób, które przyjechały z całej Polski. Miło się spotkać i wymienić swoimi uwagami i problemami.

Oprócz szkoleń był również czas na wycieczki tematyczne, zwiedzanie Kielc i okolic.

BEZPIECZNE GRZYBOBRANIE

www.gis.pl

Sezon na grzybobranie i piesze wycieczki do lasów w pełni – kilka wskazówek dla bezpiecznego grzybobrania.

Zatrucia grzybami

Zgodnie z danymi obejmującymi wszystkie województwa w Polsce w roku 2017, zatruciu grzybami uległy 24 osoby – w tym wszystkie hospitalizowano. Główną przyczyną zatrucia grzybami jest niewłaściwe rozpoznanie jadalnych i trujących grzybów oraz nieodpowiednie przygotowanie potraw z niektórych jadalnych grzybów.

Pierwsze objawy zatrucia grzybami mogą pojawić się już po kilku godzinach od ich zjedzenia, jednak w zależności od rodzaju, symptomy zatrucia mogą wystąpić nawet po kilkunastu godzinach od spożycia grzybów.

Najczęstsze objawy zatrucia grzybami:

- nudności,
- wymioty,
- ból brzucha i głowy,

- podwyższona temperatura ciała.

Przy zatruciu grzybami możemy na początku mieć objawy podobne jak przy niestrawności lub infekcji przewodu pokarmowego.

Niejednorodność objawów zatrucia grzybami wynika z zawartości różnych toksyn w poszczególnych odmianach. Rodzaje objawów oraz ich intensywność zależą od predyspozycji organizmu oraz ilości spożytych toksyn.

Pierwsza pomoc:

Jeśli po zjedzeniu grzybów pojawiają się oznaki zatrucia, należy niezwłocznie zapewnić pomoc lekarską, skontaktować się z numerem alarmowym 999 lub 112 albo przewieźć chorego do szpitala.

Czekając na pomoc medyczną można sprokować wymioty.

Osobie z objawami zatrucia nie należy podawać mleka i alkoholu, ponieważ płyny te przyspieszają przenikanie toksyn do krwiobiegu.

Leczenie:

Bardzo często pacjenci nie kojarzą swoich dolegliwości ze spożyciem grzybów i bagatelizują objawy.

Zbyt późna reakcja i brak właściwego leczenia może prowadzić do powstania nieodwracalnych zmian w organizmie, a nawet śmierci.

Leczenie polega na płukaniu żołądka, podawaniu węgla aktywnego oraz uzupełnieniu płynów i elektrolitów. Stosowane jest również leczenie objawowe.

Najczęstsze i najbardziej niebezpieczne zatrucia spowodowane są na skutek spożycia *Muchomora sromotnikowego*, który mylony jest z takimi grzybami jadalnymi jak: *Kania czubajka*, *Gąska zielona*.

Hospitalizacja w przypadku zatrucia trwa od kilku do kilkunastu tygodni a badaniu i leczeniu powinny się poddać wszystkie osoby, które jadły potrawę z trującymi grzybami, a nie tylko te, które mają objawy zatrucia.



Spożywanie grzybów:

Nie zaleca się jedzenia grzybów:

- kobietom w ciąży i karmiącym,
- dzieciom,
- osobom starszym,
- osobom z zaburzeniami pracy przewodu pokarmowego.

Rozpoznawanie grzybów

Zbieranie grzybów wymaga wiedzy oraz doświadczenia.

Pomoc w rozpoznawaniu:

- Grzyboznawcy – posiadają uprawnienia do oceny grzybów świeżych i suszonych,
- Klasyfikatorzy grzybów – posiadają uprawnienia do oceny wyłącznie grzybów świeżych.

Grzyboznawcy oraz klasyfikatorzy grzybów uzyskują uprawnienia w drodze decyzji

administracyjnej Wielkopolskiego Państwowego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego, która poprzedzona jest odpowiednim kursem specjalistycznym oraz egzaminem.

- Atlas grzybów – zawierający szczegółowe informacje o grzybach, miejscach ich występowania oraz zdjęcia przedstawiające poszczególne gatunki.

- plikacje mobilne – ułatwiające identyfikację grzybów za pośrednictwem smartfonu, dostępne w postaci mobilnych atlasów grzybów lub identyfikujące grzyby na podstawie zrobionego zdjęcia.

Pamiętaj!

Zbieraj grzyby, co, do których masz całkowitą pewność. Jeżeli masz wątpliwości, nie ryzykuj, przynieś grzyby do najbliższej siedziby stacji sanitarno-epidemiologicznej, w której dyżury pełnią grzyboznawcy lub klasyfikatorzy grzybów. Specjalista bez-

płatnie oceni czy grzyby są jadalne, niejadalne czy też trujące.

Jak się przygotować do grzybobrania:

- odpowiednie ubranie: bluza lub kurtka, spodnie z długimi nogawkami, peleryna przeciwdeszczowa, kalosze lub buty z wyższą cholewką, czapka lub kapelusz – zabezpieczy nas przed wilgocią oraz ukąszeniem owadów i żmij;

- koszyk na grzyby najlepiej wiklinowy – w foliowej torebce grzyby zaczynają parować, co sprzyja ich psuciu;

- nożyk do oczyszczania grzybów – zbierając grzyby delikatnie je wykręcamy z podłoża a pozostałości ściółki czyścimy za pomocą noża;

- środek odstraszcający owady – stanowi dodatkową ochronę przed komarami i kleszczami.







LECZENIE UZDROWISKOWE W POLSCE CZĘŚĆ I

Aneta Demidaś

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

Ciekawa historia wodolecznictwa

Wodolecznictwo znane jest już od tysięcy lat, co potwierdzają, liczne znaleziska w różnych częściach ziemi. W Indiach odkryto kąpieliska sprzed pięciu tysięcy lat, które już wtedy zbudowane były tak, że posiadały swoje ujęcia źródeł, rozbudowane baseny, pomieszczenia do kąpeli parowych oraz pomieszczenia do przebiegania się i strefy wypoczynku.

W starożytnej Grecji woda, jako środek leczniczy została wprowadzona przez zakon Eskulapów, który zakładał tzw. świątynie zdrowia, gdzie odbywały się zabiegi nie tylko z użyciem wody, ale również wykonywano masaże, a klienci /pacjenci poddawani byli specjalnej diecie.

Z tego okresu pochodzą opisy obrzędów ślubnych z wykorzystaniem kąpeli wodnych. Pan młody w wieńcu laurowym, a pani młoda w wianku wykonanym z bluszczu wchodziła do sadzawki z wodą. W każdym szanującym się domu bogatych Greków była łaźnia, z której korzystali goście zanim zasiadali do rozmów i posiłków. Mówiąc o starożytnej Grecji nie sposób nie wspomnieć o Hipokratesie, ojcu medycyny, który w jednym ze swoich dzieł „O klimatach, wodach i miejscach” podkreślał działanie czynników zewnętrznych na organizm człowieka. Przedstawił, dziś nazwalibyśmy to metodyką, szczegółowe zastosowanie wód w celach leczniczych. Zwracał uwagę na zależność nastroju i witalności człowieka od klimatu, tym samym stał się prekursorem klimatologii lekarskiej.

Starożytnym Rzymianom łaźnie służyły przede wszystkim jako miejsca spotkań towarzyskich.

Średniowiecze to kąpiele parowe odnotowane w Niemczech około 1200 r., oprócz kąpeli parowych Niemcy używali zimnych kąpeli wodnych do hartowania organizmu. Leczenie uzdrowiskowe w Europie w XV i w XVI w. odnotowuje się, kiedy to we Włoszech i w Niemczech po raz pierwszy od czasów starożytnych spisano wskazania i przeciwwskazania do zabiegów stosowanych w leczeniu uzdrowiskowym. Jednak prawdziwy rozkwit leczenia uzdrowis-

kowego w Europie nastąpił w XIX w. za przyczyną Sebastiana Kneippa bawarskiego księdza jednego z największych zwolenników hydroterapii. W swoich publikacjach Kneipp zachęcał do podstawowych zabiegów higienicznych, jak codzienne mycie ciała, włosów, pranie odzieży i bielizny, korzystanie ze spacerów, ćwiczeń fizycznych oraz regularnego odpoczynku. W 1886r. wydaje książkę pt. „Meine Wasserkur”, czyli „moje leczenie wodą”. Był jednym z prekursorów stosowania zabiegów higienicznych u dzieci. Sebastian Kneipp jest autorem programu zdrowego życia obejmującego pięć elementów: wodolecznictwo, żywienie, ruch, ziołolecznictwo i zdrowy styl życia. Program ten nie zdezaktualizował się i jest nadal aktualny, a Kneipp uważany jest za prekursora medycyny holistycznej i ekologicznej.

Kolejną ważną postacią w zakresie wodolecznictwa w XIX w. był Vincenz Priessnitz, od którego pochodzi znaczenie słowa „prysznic”. Ten najmłodszy z sześciorga rodzeństwa chłopiec, który nie umiał ani czytać, ani pisać w wieku 16 lat spadł z konia. Na skutek wypadku złamał dwa żebra, a brak fachowej pomocy medycznej narażał go na powikłania narządów wewnętrznych. Vincenz musiał sobie pomóc sam, a zrobił to przyciskając do rany nasączony zimną wodą opatrunek i zaciskając go mocno kilkoma warstwami chust. Żebra zrosły się bardzo szybko, natomiast sposób wymyślony przez Priessnitza, został nazwany „opatunkiem Priessnitza”, a sam Vincenz dostał przydomek „wodnego lekarza”. W 1826r. do miejscowości, w której się urodził i żył przybyli pierwsi kuracjusze spoza okolic zamieszkałych przez Priessnitza. Dla nich urządził specjalny dom kuracyjny z łaźnią, gdzie stosował terapie wodne. W 1830 r. dostał oficjalną zgodę od władz austriackich na prowadzenie zakładu kuracyjnego zajmującego się wodolecznictwem. W łaźni tego zakładu zainstalowano ogromną, jak na owe czasy wannę o średnicy 10m, w której kuracjusze mogli pływać i korzystać z wbudowanej pośrodku wanny małej fontanny. Ojcem „naukowej hydroterapii” jest okre-

ślany Wilhelm Winternitz żyjący w latach 1835-1917. Był czesko-austriacko-żydowskim lekarzem i hydropatą. Hydropatią, czyli wodolecznictwem zainteresował się przebywając w Wiedniu na uniwersytecie. Prowadził badania dotyczące wpływu czynników termicznych i mechanicznych wody na organizm ludzki a szczególnie na układ nerwowy i układ krążenia. Podjął się naukowego opracowania wodolecznictwa. Ustalił wskazania i przeciwwskazania do stosowania tej terapii. Zajmował się łączeniem zabiegów z zakresu wodolecznictwa z innymi metodami terapeutycznymi. Był zwolennikiem stosowania wielu zabiegów wodnych takich, jak: kąpiele całkowite, półkąpiele, kąpiele parowe, natryski, zmywania, nacierania, otulania, okłady. Jeden z zabiegów, jego autorstwa, który nazywano „hydrostatyczną naparstnicą” nakładano na okolice serca i stosowano w niewydolności krążenia.

Winternitz wniósł ogromny wkład w rozwój hydroterapii. Prace badawcze jego i jego zespołu przyczyniły się do rozkwitu hydroterapii pod koniec XIX w., co nie było bez znaczenia dla rozkwitu hydroterapii w Polsce.

Jan Żniniewicz pionier nowoczesnej akwatarapii w Polsce na początku XX w. Opracował nowe metody lecznicze, z których jedna została wprowadzona w 12 sanatoriach w Polsce. Początki jego zainteresowania się hydroterapią sięgają 1878r., kiedy jako sześciolatek rozpoczął naukę w szkole podstawowej w Wolsztynie. Tam na zajęciach z gimnastyki została mu zaszczerpiona miłość do pływania i nurkowania. Później, gdy jako już studentowi seminarium duchownego, pojawiły się problemy ze zdrowiem i z tego powodu musiał przerwać studia, leczyl się w Poznaniu w Zakładzie Wodolecznictwem doktora Jana Panieńskiego. Wyjeżdżał w celu poprawy stanu zdrowia na kilkumiesięczne wyjazdy do sanatoriów w kraju i zagranicą. W Zakopanem poczuł się lepiej za sprawą leczenia w ciepłych źródłach Zakładu Przyrodolecznictwa doktora Chramca. W Niemczech zapoznał się z metodami leczenia wodą wg Kneippa

i Winternitza. Wzmaga to jego zainteresowanie wodolecznictwem do tego stopnia, że podejmuje studia medyczne i przeprowadza na sobie, a następnie na pacjentach zabiegi z użyciem wody w celu leczenia różnych schorzeń. W wyniku jego praktyki z wykorzystaniem wody w celach leczniczych powstaje podręcznik do hydroterapii pt. "Hartowanie ciała i leczenie wodą w oświetleniu fizjologii człowieka". Żniniewicz opracował, dotąd niewydaną, "Teorię wodolecznictwa", która opisuje neurofizjologiczne podłoże działania zabiegów wodnych. W 1930 r. ukazała się książka jego autorstwa i jego siostry, Janiny Żniniewicz "Wodolecznictwo a nerwy". Pierwsza część dzieła wyjaśnia teoretyczne zasady stosowania wodolecznictwa, druga część dotyczy przykładów leczenia wodą poszczególnych chorób, układów i narządów, a część trzecia, ostatnia, dotyczy racjonalnego stosowania wody u osób zdrowych. Żniniewicz zaznacza, że wodolecznictwo jest mało poznana przez lekarzy dziedziną i zaleca w celu lepszego jej poznania przeprowadzanie eksperymentów z użyciem wody i sporządzanie notatek z obserwacji, tak, jak to on sam robi. Jan Żniniewicz pomógł ogromnej liczbie ludzi, opracował metodę częściowych polewań wodą, w której modyfikowano temperaturę w zależności od odczuć pacjenta. Zostawił liczne prace opisujące

zastosowania hydroterapii i przybliżające mechanizmy działania wody na człowieka. Zupełnie niezrozumiałym wydaje się być fakt zapomnienia dziś o człowieku, który stanowił połączenie między wodolecznictwem zachodnim a polskim, o człowieku, który tak wybitnie przyczynił się do rozwoju hydroterapii w Polsce.

Pierwsze zakłady wodolecznicze i uzdrowiska w Polsce

Najstarszy zakład wodoleczniczy w Polsce powstał w 1840 r. w Warszawie na Służewcu. Z tego okresu zachowało się do dziś kilka ujęć wody źródlanej, z czego jedno znajduje się w Parku Łazienkowskim. Pierwsze wzmianki o leczeniu uzdrowiskowym na dzisiejszych terenach należących do Polski są jednak znacznie wcześniejsze, ponieważ o Cieplicach-Zdroju wiemy już od 1137r., a o Łądku Zdroju od 1242r. Natomiast z 1520 r. pochodzi traktat o wodach iwonicznych. Iwonicz należy do najstarszych uzdrowisk polskich, z którego korzystali nie tylko pacjenci z kraju, ale również z Czech, Węgier i Rusi.

XVII w. to zarzucenie terapii wodą, a nawet higieny osobistej na rzecz pudru i perfum. Rozkwit wodolecznictwa najpełniej następuje w XIX w. Największe jednak zainteresowanie wodolecznictwem w Polsce obserwuje się na przelomie lat dwudziestych

i trzydziestych XX w. Nabiera wtedy na popularności leczenie uzdrowiskowe, hydroterapia, podkreśla się wagę kąpieeli higienicznych.

Wracając do Iwonicza o wodzie ze źródła w jego pobliżu pisano, że: „(...) jest gorące, które oprócz innych właściwości posiada tę, że postępuje za ruchem Księżyca, pali się jak spirytus, lecz różnego rodzaju choroby i przedłuża życie do stu pięćdziesięciu lat”. O właściwościach wód iwonicznych pisał również Jan B. Denis radca i lekarz króla francuskiego Ludwika IV. Denis sporządził obszerne opracowanie, w którym opisuje wodę iwoniczką, jako wonną, palącą i mającą dobroczynne działanie w wielu chorobach a nawet przedłużającą życie. Po odparowaniu owej wody można uzyskać maź leczniczą, która jest balsamem z naturalnej siarki. Maź ta leczy rany, wrzody i świerzb. Denis pokusił się nawet o zbadanie właściwości fizycznych i leczniczych wody. Według niego woda mineralna zawdzięczała swoje działanie lecznicze zawartości siarki. Podaje wiele przykładów cudownych wyleczeń za pomocą wody. Zresztą, nie jest to pierwszy raz, gdy można przeczytać o ozdrowieńczym działaniu wody. Kroniki polskie podają, że już w XI w. Judyta, żona Władysława Hermana, korzystała ze źródeł leczniczych w miejscowości Inowłódź nad Pilicą, lecząc się z powodu braku potomstwa. Późniejsze



narodziny syna – Bolesław Krzywoustego miano przypisać cudownym właściwościom wody źródlanej.

Wspomniany przypadek nie był jedynym, który dowodzi, że z dobrodziejstwa wód leczniczych korzystali w Polsce członkowie rodów królewskich. Królowa Jadwiga, która leczyła się prawdopodobnie w Busku, królowa Marysieńka Sobieska w Cieplicach, król Jan Zygmunt przeprowadzał kuracje w Dusznikach w 1669 roku. Z kolei Król Zygmunt Stary w 1629 r. leczył się we Franciszkowych Łażniach, a król Zygmunt August w 1705 r. i kilkakrotnie później przebywał w Karlowych Warach. Znany jest też opis wspaniałego wjazdu generałowej podolskiej księżnej Izabeli Czartoryskiej do Cieplic w 1817 roku.

Leczenie uzdrowiskowe było również popularne wśród polityków, pisarzy, poetów i muzyków. Goethe leczył się w Łądku Zdroju w 1799 r., Chopin w Dusznikach w 1826 r., Wieniawski w Szczawnie w 1885 r., a Paderewski w Nałęczowie w 1882 roku. Bolesław Prus tak bardzo pokochał Nałęczów, że odwiedzał go aż kilkanaście razy. Stefan Żeromski również przez wiele lat leczył się w Nałęczowie. W Polanicy Zdroju wielokrotnie była powieściopisarka i dramatopisarka Zofia Nałkowska oraz pisarz, publicysta i dziennikarz Melchior Wańkowicz. Henryk Sienkiewicz upodobał sobie uzdro-

wiska w Cieplicach, Szczawnicy Zdroju i w Krynicy.

Również aktorzy i artyści przedwojenni i powojenni wybierali uzdrowiska na miejsca spotkań i występów artystycznych. Mieczysława Ćwiklińska występowała w wielu polskich uzdrowiskach, z czego najwięcej w Ciechocinku. Ludwik Sempoliński uwielbiał Szczawno, Irena Santor – Polanicę, Hanka Bielicka Ciechocinek, Mieczysław Pawlikowski – Nałęczów, a Jan Kiepura – Rabkę, poza oczywiście, Krynica.

Ważne postaci w balneologii polskiej

Na koniec wymienić należy wybitnych uczonych, którzy stworzyli podstawy balneologii polskiej.

Zaczynając od Marcina z Miechowa rozprawą o wodolecznictwie z 1522 r., dalej rok 1555 Józef Struś z Poznania ogłosił pracę o wpływie kąpieli na zachowanie się tętna. W 1578r. Ukazuje się w Krakowie pierwsze dzieło w języku polskim o wodach mineralnych, pt. "Cieplisce" napisane przez Wojciecha Oczkę, który uważany jest za ojca balneologów polskich. Drugie dzieło w języku polskim należy do Erazma Syksta z 1617r. a dotyczy lecznictwa uzdrowiskowego.

W 1776r. przyboczny lekarz Stanisława Augusta ogłasza pracę o leczeniu zimną wodą nieżytych górnych dróg oddechowych. Józef Dietl lata 1804-1878, twórca nowej

nauki medycyny - balneologii oraz propagator fizykoterapii i leczenia higieniczno-dietetycznego. W roku 1856 przybył do Krynicy Górskiej, by razem ze specjalną komisją ocenić perspektywę rozwojowe uzdrowiska. Z jego inicjatywy wybudowano łaźienki mineralne i borowinowe, a także miejski wodociąg i krytą pijalnię.

Z ostatnich czasów wymienić należy Edwarda Korczyńskiego, który pierwszy w Polsce wprowadził wykłady z balneologii, Antoni Jan Sabatowski autor takich prac, jak: „Lecznictwo uzdrowiskowe w zarysie”, „Klimatologia oraz hydroterapia ogólna i zdrojowiskowa z opisem polskich uzdrowisk”, wspomniany już Jan Żniniewicz, Irena Konarska oraz twórca Instytutu Balneoklimatologicznego Józef Jankowiak, który za zasługi w dziedzinie balneologii został uhonorowany Krzyżem Komandorskim Orderu Odrodzenia Polski.

Dziś lecznictwo uzdrowiskowe w Polsce jest integralną częścią systemu ochrony zdrowia, jest powszechnie dostępne dla pacjentów z kraju i z zagranicy. Przebywający na turnusach rehabilitacyjnych pacjenci mają możliwość nie tylko leczenia wielu schorzeń, ale także korzystania z wypoczynku, co odróżnia leczenie uzdrowiskowe dziś i przed kilkoma wiekami.



ZACZEPEK ETYCZNY

O PIELEGNOWANIU, ETYMOLOGICZNIE

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



Pielęgowanie (wcześniej: pielęgnowanie) obrosło wieloma znaczeniami: pielęgnować można dzieci, chorych, ale i ubogich, dalej: ciało całe oraz jego części, urodę, również rośliny i zwierzęta – pielic i doglądać, więc także hodować. To sprawowanie pieczy, troszczenie się, pilnowanie, chronienie, spełnianie powinności opieki, wreszcie – wychowywanie. Można pielęgnować też naukę, religię, język, własne ideały, jak i cnoty bądź uczucia, a nawet „ogień w sercu”. A jak podaje słownik języka polskiego z XIX wieku, pielęgowanie oznacza: „staranie koło kogo mieć”, także „wystrzegać się wszystkiego, mieć o sobie najwyższe staranie”, nadto: pieszczanie (od piastowania), chuchanie.

Pochodzenie słowa ma dwojakie wyjaśnienie: wątpliwe i prawdopodobne. Te pierwsze zawarte jest w „Słowniku etymologicznym” Aleksandra Brücknera, który podaje, że pielęgnować niby z języka niemieckiego pochodzi: „a to z mylną nosówką zamiast pielegować z niem. pflügen (pielęgnać z łac. przyrostkiem); inna postać: plagować, ściślej wzoru się trzymać” (choć plagen po saksońsku to dręczyć, niem. placken – to samo, a samo pflügen nieznanego jest pochodzenia). Te drugie, bodaj poprawne, wyjaśnienie odsyła do języka polskiego, słowiańszczyzny: ze słowa pielcha (np. po kaszubsku pjeleħa, po serbsko-łużycku pjelcha) się wywodzi (może pielga od pielęzić gwarowego pielęgnować?), czyli z pieluchy, pieluszki, bo pielesz, pielech – pościel, ale i brudy. Adam Krasiński pisze, że pielęgnować to „uwijać w pieluszki”. Na dowód niech będą takie właśnie, wcale nierzadkie nazwiska, Pielcha, Pielecha, Pielga.

Od pielęgowania pochodzi słowo pielęgarka, jak i pielęgarz, potem pielęgniarka i pielęgniarski. W „Poradniku Językowym” w 1905 roku Franciszek Błoński oburzył się na słowo „pielęgarka”, zarzucając czasopismu „Medycyna”, że błędnie używa słowa, które szpeci szpalty takimi dziwolągami „pielęgniarskimi”. Dwa numery później odpowiedział Józef Peszke, iż „pielęgarka” to wyraz poprawny „od półtora wieku w języku naszym istniejący, jako też, iż nazwa »pielęgniarka« jest wymysłem stosunkowo wcale niedawnym i przynajmniej według zdania mego, wcale nie pięknie brzmiącym”. Pielęgarka (w słownikach już w 1771, franc.-pol, w 1779 niem.-pol.) jest wyrazem starszym od pielęgniarki o ponad sto lat a „jest utworzony jak najprawdopodobniej od używanego wtedy słowa »pielęgować«, tego nikt zaprzeczyć nie może”.

Jeszcze w XIX wieku używano wielu wyrazów

na oznaczenie osób, które pielęgnowali chorych – infirmarka, dozorczyńni, siostra miłosierdzia, babka. W 1826 roku pisał Karol Kaczkowski („Lekcje higieny, czyli nauki zachowania zdrowia”): „brakuje w kraju na tych niewiastach, które tylko pilnowaniem chorych się trudnią, które z długiego doświadczenia pewnego już w tem taktu nabyły (...). Zręczna, skrzętna i akuratańska usługa przy chorym, wreszcie umiejętność opowiedzenia lekarzowi co się działo przez czas jego bytności”. Owe infirmarki konieczne są dla dobra cierpiącej ludzkości, bo stodzą cierpienia chorych, przynoszą ulgę, budzą u nich nadzieję dzięki tysiącom miłych przymiotów, którymi są one obdarzone.

Ważną książką był „Przewodnik do pielęgowania chorych” napisany przez Carla Emila Gedickę, a przetłumaczony na polski w 1836 roku. Tam pielęgowanie nazywane jest dozowaniem, a pielęgniarka – dozorczynią. Pisze on, że na „przykłady prawdziwego poświęcenia się i bezinteresownego oddania się, ci się zapatrywać powinni, których przysztym powołaniem ma być dozowanie chorych”. Jeszcze w 1882 roku w tłumaczeniu „O pielęgowaniu chorych w domu i szpitalu” Theodora Billrotha używa się wyrazu dozorczyńni. Jednak Billroth złą miał opinię o zdolnościach umysłowych kobiet, o czym niech zaświadcza jego słowa: „Spotka mnie może zarzut, iż pomieściłem tu wiele rzeczy, prze-

kraczających zakres umysłowego rozwinięcia dozorczyńni chorych”.

Stanisław Jerzykowski w „Przewodniku dla felczerów, sióstr miłosierdzia i w ogóle dla osób zajmujących się pielęgowaniem chorych” (1877) używa terminów postugacz, pomocnik lazaretowy. Jan Stella-Nowicki zaś w „Pielęgowaniu chorych” (1892) pisze nadal o dozorczyńniach i dozorcach. Jednakże przyjmuje się w literaturze, że termin pielęgniarka pojawia się około 1900 roku, ale gwoli ścisłości jest już obecny przynajmniej od 1877 roku. Bo oto w „Dwutygodniku medycyny publicznej (1877) pisze się o książce Konrada Dobrskiego „Pielęgowanie chorych, czyli krótka nauka, jak się obchodzić z choremi” (1876), co następuje: „W całym zresztą dziecku z wielkim taktem zachowana jest miara tego, czego można wymagać od pielęgniarki i co jej zalecać, nie narażając ją na niebezpieczeństwo przekroczenia swych atrybucyj i wdanie się w partactwo lekarskie”.

Gdyby jednak pofolgować wyobraźni semantycznej, to słowo – pielęgowanie – kryje w sobie niesamowite bogactwo znaczeń. Bo oto jest w nim i pielesz – gniazdo, legowisko, i lęg. Przeniesione w ludzki kontekst oddaje troskę o niemowlę w pieluchy owinięte, czyli macierzyństwo. Bo ono jest, jak zresztą argumentuje feministyczna etyka medyczna, matrycą sprawowania opieki nad chorym, bezbronnym i cierpiącym.





Droga Zosiu! 27.09.2018

Dzisiaj w pracy Cię żegnamy
gratulacje Ci składamy,
aż nam zazdrość błyszczący w oku
bo od pracy masz już spokój.
48 lat pracy to nie lada wyczyn
dziękujemy Ci za to wszyscy!

Nowy czas i nowe życie
spędzaj teraz znakomicie.
Porzuć troski i zmartwienia
masz tak wiele do zrobienia.

Wiek emerytalny po to jest nam dany,
by realizować niespełnione plany.
Więc nie ma co patrzeć na swą kartę zdrowia,
tylko łykać życie i się delektować.
Brać wszystko co jeszcze do wzięcia zostało,
póki posłuszeństwa nie odmówi ciało.
Życzymy aby wszystkie plany i marzenia
odkładane na później spełniły się właśnie
teraz.



*Współpracownicy WSS.im.J.Gromkowskiego
Pawilony pediatryczne im.J.Korczaka*

Podziękowanie z okazji odejścia na emeryturę Szanowna Pani Maria Świdzińska,

W imieniu swoim oraz wszystkich pielęgniarek z Kliniki Nefrologii i Medycyny Transplantacyjnej USK we Wrocławiu, pragnę podziękować za ponad czterdzieści lat pracy zawodowej.

Chwile takie jak ta powodują zwykle, że staramy się dokonać bilansu, podsumowania. Chciałabym, abyś podsumowując swoją karierę zawodową wzięła pod uwagę, oprócz ciężkiej pracy, chwil radosnych i smutnych, również inne czynniki. Jednym z nich jest wdzięczność wszystkich tych, którym pomagałaś służąc swoją wiedzą i doświadczeniem przez ponad cztery dekady.

Przeżyłaś wspólnie z nami wiele różnych momentów i zawirowań. Mamy za sobą wspaniałe czasy i trudne momenty. Zmieniały się strategie, koncepcje i cele. Dla Ciebie niezależnie od tego co działo się dookoła, zawsze najważniejsza była nieskazitelna postawa zawodowa, uczciwość w pracy i troska o chorego.

Droga Mario. Dziękuję za wszystkie piękne lata, poświęcenie i oddanie, lojalność oraz trud włożony w pracę w naszej Klinice. Wyrażam także nadzieję, że nie zapomnisz o nas i podobnie jak my wszyscy, będziesz dobrze wspominać spędzone tutaj chwile. Chcę Ciebie zapewnić, że będziesz zawsze w naszych sercach.

Życzymy samych pogodnych i radosnych chwil na dalsze lata życia.

*Justyna Zachciał wraz z całym zespołem pielęgniarek Kliniki Nefrologii
i Medycyny Transplantacyjnej USK we Wrocławiu*



Pani Jolancie Kołodyńskiej

Pielęgniarce oddziałowej
Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu
w związku z przejściem na emeryturę

składamy
serdeczne podziękowania i wyrazy uznania
za pełną zaangażowania, długoletnią pracę zawodową,
rzetelność i sumienność w wykonywaniu swoich obowiązków.

Dziękujemy za uśmiech i cierpliwość w stosunku do całego zespołu współpracującego
oraz pacjentów.

Życzymy w następnym etapie życia dużo zdrowia, zasłużonego odpoczynku,
zdobywania nowych doświadczeń, pogody ducha oraz zachowania cudownych i prawdziwych przyjaźni.

Życzą
Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa
Przełożona Pielęgniarek i Położnych
oraz cały zespół
Kliniki Endokrynologii, Diabetologii i Leczenia Izotopami



XIV Kongres
Pielęgniarek Polskich
Kielce 2018

PODZIĘKOWANIE

dla
Zarządu Oddziału PTP we Wrocławiu
za wsparcie
XIV Kongresu Pielęgniarek Polskich

**„WSPÓŁCZESNE PIEŁĘGNIARSTWO
- DYNAMIKA ZMIAN I WEZWANIE DO DZIAŁANIA”**

organizowanego przez
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie
oraz Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

dr hab. Agnieszka Gniadek dr Grażyna Wójcik dr hab. Dorota Koziół dr Kazimiera Zdziebło

Pani Barbarze Hajduckiej
Pani Lidii Pawlarczyk
Pani Helenie Salwach
Pani Elżbiecie Stala-
Wiechowskiej

*W związku z przejściem na emeryturę
 Pragniemy podziękować za wieloletnią pracę,
 osobiste zaangażowanie i życzliwość.
 Życzymy zdrowia, samych radosnych dni
 oraz pomyślności na długie lata.*

*Pielęgniarka Naczelna
 Pielęgniarki i Położne Zespołu
 Opieki Zdrowotnej w Oławie*

Serdeczne podziękowania
 za opiekę nad moją Mamą

Stefanią Zachariasz

dla całego personelu
 Oddziału Angiologicznego w Wojewódzkim Szpitalu
 Specjalistycznym przy ul. Kamieńskiego
 73a we Wrocławiu.

Dziękuję za ogromny profesjonalizm,
 życzliwość i empatię w szczególności
 dr Leszkowi Maślowskiemu, wyjątkowemu lekarzowi,
 znakomitemu specjalście oddanemu swojej pracy
 i pacjentom oraz Paniom pielęgniarkom
 i Paniom salowym za wzorową postawę
 i zaangażowanie w swoją pracę.

Z wyrazami szacunku i wdzięczności
 Córka Julia Peszyńska z rodziną



XIV Kongres
 Pielęgniarek Polskich
Kielce 2018

PODZIĘKOWANIE

SZANOWNNI PAŃSTWO!

XIV Kongres Pielęgniarek Polskich „WSPÓŁCZESNE PIELĘGNIARSTWO - DYNAMIKA ZMIAN I WEZWANIE DO DZIAŁANIA”, który odbył się w dniach 13-15 września 2018 roku w Kielcach przeszedł do historii jako wydarzenie bardzo wysoko ocenione pod względem naukowym, merytorycznym i organizacyjnym, zarówno przez gremia z ośrodków naukowych, jak i przez praktyków.

W Kongresie uczestniczyło blisko 300 osób z wiodących ośrodków naukowych oraz z różnych placówek ochrony zdrowia z całej Polski. Spotkanie na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego było też dobrym czasem do dyskusji i refleksji nad współczesnym pielęgniarstwem, jego miejscem i rolą w funkcjonowaniu obecnego systemu ochrony zdrowia.

Do satysfakcji z tego sukcesu zapraszamy Państwa, jako naszych nieocenionych darczyńców i sponsorów. Dzięki Państwa zrozumieniu i pomocy zrealizowaliśmy ogromne przedsięwzięcie, którego sami nie udźwignęlibyśmy. Cieszymy się, że to właśnie w Was znaleźliśmy sprzymierzeńca. Mamy nadzieję, że w przyszłości będziemy mogli kontynuować naszą obopólną współpracę.

Składamy serdeczne podziękowania oraz życzymy wielu sukcesów w życiu zawodowym i prywatnym.

dr hab. Agnieszka Gniadek dr Grażyna Wójcik dr hab. Dorota Koziół dr Kazimiera Zdziebło

mgr Teresie Wiśniewskiej

Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa
wyrazy głębokiego współczucia, otuchy i wsparcia
po śmierci

Stanisławy Wiśniewskiej

składa
Zespół Pielęgniarek i Pielęgniarzy i Współpracowników
Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc .

*„Ci których kochamy nie umierają nigdy,
bo miłość to nieśmiertelność,,*

J.Twardowski

Koleżance

Małgorzacie Zmarzlik

wyrazy głębokiego współczucia z powodu śmierci Taty
składają

Koleżanki i koledzy oraz współpracownicy
z Oddziału Klinicznego Anestezjologii
i Intensywnej Terapii Dziecięcej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

*Inne sprawy nagle nieważne są teraz .
Świat tak się kurczy kiedy Ci Matka umiera .
Niby wiedziałeś , że kiedyś nadejdzie ta chwila .
A jednak ciężko a przecież boli nad wyraz .
Ona już doszła gdzie kiedyś dojść musi .
Już jest tam gdzie kończy się Jej droga - u Pana Boga .*

Dorocie Sikorze Kościak

Wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy po śmierci
MAMY

składają
Pielęgniarka Oddziałowa
wraz z zespołem Pielęgniarek i Położnych
Uniwersyteckiej Przychodni Specjalistycznej
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu

Z ogromnym żalem i smutkiem żegnamy naszą koleżankę

Marię Borutę

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.
Rodzinie i Najbliższym składamy
najszczerze wyrazy współczucia.

Pielęgniarki Epidemiologiczne.

"Życie jest wielką niewiadomą, wiele się w nim zmienia .
Wczoraj byliście razem ,dzisiaj zostały wspomnienia."

Koleżance

Elżbiecie Woronieckiej

wyrazy szczerego współczucia
z powodu śmierci męża składa Regina Mirowska.

Koleżance

Elżbiecie Woronieckiej

z powodu nagłej śmierci MĘŻA
wyrazy ogromnego współczucia, wsparcia
i otuchy składają pielęgniarki
i położone Przychodni Rejonowo Specjalistycznej
w Jelczu Laskowicach z ulicy Bożka 13.

"Ludzie, których kochamy zostają na zawsze.
Bo zostawili ślady w naszych sercach".

Barbarze Smardzewskiej

wyrazy głębokiego współczucia,
wsparcia i otuchy z powodu śmierci MAMY

SKŁADAJĄ
Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa wraz z koleżankami
i kolegami Dolnośląskiego Centrum Chorób Płuc

"Czas wszystko zabiera, bo zabrać jest w stanie,
lecz nigdy nie zabierze tego co w sercu zostaje."

Naszej koleżance

Mirce Bierdzińskiej

i Jej Rodzinie

wyrazy głębokiego współczucia i słowa otuchy
z powodu śmierci
MAMY

składają koleżanki
z Klinicznego Oddziału Gastroenterologicznego
4 WSK z P SPZOZ we Wrocławiu



SZANOWNI PAŃSTWO, KOLEŻANKI I KOLEDZY

Nazywam się **WŁADYSŁAWA GŁOWACZ**

**Kandyduję w wyborach do Sejmiku Województwa Dolnośląskiego
z listy Prawa i Sprawiedliwości,
Okręg Wyborczy Nr 1 – Wrocław, miejsce na liście Nr 4.**

Jest to mój pierwszy start w wyborach. Wywodzę się ze środowiska pielęgniarskiego. Proszę o Państwa poparcie, aby móc reprezentować godnie interesy społeczne i zawodowe, w szczególności grupy zawodowej pielęgniarek i położnych.

Stykając się na co dzień z życzliwością i aprobatą wobec moich dotychczasowych działań w obszarze ochrony zdrowia, podjęłam decyzję o kandydowaniu do Sejmiku Województwa Dolnośląskiego. Chcę służyć swoją wiedzą i doświadczeniem w ochronie zdrowia.

Bardzo trudno jest pisać o sobie aby nie być posądzoną o brak pokory. Pragnę Państwu przedstawić swoją sylwetkę zawodową, odnośnie się więc do faktów. Od ponad 38 lat jestem związana z pielęgniarstwem, które traktuję jako powołanie. Moje drugie wykształcenie to socjologia ukończona na Uniwersytecie Wrocławskim. Jest ona mi niezbędna w zarządzaniu na zajmowanym stanowisku. Ponadto ukończyłam studia podyplomowe w Wyższej Szkole Bankowej – Zarządzanie w Ochronie Zdrowia. Posiadam licencjat z pielęgniarstwa i specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego. Od 31 lat pracuję w Dolnośląskim Centrum Onkologii we Wrocławiu, 22 lata przy łóżku chorego a obecnie pełnię funkcję Naczelnej Pielęgniarki. Jestem zamężna, mam troje dorosłych dzieci i dwoje kochanych wnucząt.

Podczas mojej dotychczasowej pracy zawodowej i społecznej pełniłam funkcje:

- Wiceprzewodniczącej Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.
- Członka Rady i Prezydium Dolnośląskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Przewodniczącej Komisji Socjalnej.
- Byłam współzałożycielką i wieloletnim Wiceprezesem Dolnośląskiego Stowarzyszenia Rozwoju Pielęgniarstwa Onkologicznego.

W dowód uznania działalności społecznej Dolnośląska Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych wniosowała o przyznanie mi brązowego i srebrnego krzyża za usługi, który otrzymałam od Prezydenta RP. Odznaczenie „Zasłużony dla Ochrony Zdrowia” otrzymałam na wniosek Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu.

Dlaczego kandyduję w wyborach?

- Mieszkańcy Wrocławia i Dolnego Śląska potrzebują specjalistów w dziedzinie ochrony zdrowia.
- Wyrastając z naszego środowiska doskonale znam problemy z jakimi zmagają się pielęgniarki i położne.
- Chcę otwarcie mówić o tych problemach na szczeblu województwa, chcę być Waszym głosem.
- Jestem osobą kompetentną i uczciwą, dla której działalność społeczna jest wyrazem służby człowiekowi i społeczeństwu.

Najważniejsze dla mnie wartości, to zdrowie i życie ludzkie, rodzina i uczciwość. Tymi wartościami kieruję się w życiu zawodowym, społecznym oraz rodzinnym.



Ogłoszenie płatne, DOIPIP we Wrocławiu nie odpowiada za treść ogłoszenia.



prof. JOANNA ROSIŃCZUK

Profesor doktor habilitowany nauk o zdrowiu, pielęgniarka, Dziekan Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu i kierownik Katedry Pielęgniarstwa Klinicznego.

Od lat zaangażowana jest w poprawę jakości życia i opieki nad osobami w podeszłym wieku oraz osobami z zaburzeniami intelektualnymi i fizycznymi.

Aktywnie działa na rzecz spraw seniorów, uczestniczy w krajowych i międzynarodowych badaniach i projektach naukowych dotyczących opieki senioralnej.

Swoje doświadczenie chciałaby wykorzystać dla dobra mieszkańców Wrocławia obejmując mandat radnej miejskiej.

bezpartyjnywroclaw2018.pl



„Zdrowy i aktywny Wrocław!”

WYBORY DO RADY MIEJSKIEJ WROCŁAWIA
**KOMITET WYBORCZY
BEZPARTYJNY WROCŁAW**

MIEJSCE NA LIŚCIE: **2**

OKRĘG 3: POWSTAŃCÓW ŚLĄSKICH,
BOREK, GAJ, HUBY, TARNOGAJ

Ogłoszenie płatne, DOIPIP we Wrocławiu nie odpowiada za treść ogłoszenia.



**Dolnośląska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
serdecznie zaprasza**

do udziału w spotkaniach edukacyjno-informacyjnych poświęconych zagadnieniom związanym

z rolą pielęgniarki/położnej w zapewnieniu bezpiecznej farmakoterapii.

Mając na uwadze, iż ludzką cechą jest, że częste powtarzanie tych samych czynności osłabia czujność, prowadzi do błędów, pomyłek, zlekceważenia zagrożenia i kusi do „ułatwienia sobie życia” proponujemy Państwu przypomnienie wiadomości z zakresu farmakologii.

Podczas spotkań omówione zostaną:

- błędy medyczne związane z lekami
- produkty lecznicze o podobnych nazwach
- produkty lecznicze o podobnych opakowaniach
- produkty lecznicze, których nie należy kruszyć/dzielić
- prawidłowe warunki przygotowywania leków
- przechowywanie leków
- wstrzymywanie i wycofywanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych
- leki przeterminowane
- podawanie leków
- zgłaszanie niepożądanych działań produktów leczniczych
- zgłaszanie incydentów medycznych
- edukacja pacjenta



Spotkania poprowadzi mgr Olga Fedorowicz Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Analityki Medycznej Katedra i Zakład Farmakologii Klinicznej UM we Wrocławiu, Konsultant wojewódzki w dziedzinie farmacji szpitalnej, kierownik Zespołu Farmacji Klinicznej USK we Wrocławiu. Będą one organizowane jeden raz w miesiącu, w siedzibie DOIPiP we Wrocławiu, ul. Powstańców Śl. 50. Terminy spotkań zamieszczane będą regularnie na stronie internetowej DOIPiP we Wrocławiu, udział w spotkaniach jest bezpłatny.

Serdecznie zapraszamy!