

Sztuka Pielęgowania

Nr 5 (9) Maj 2013
ISSN 2299-8136



6 **8 maja Dzień Położnej, 12 maja
Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki**

11 **Rozmowy Sztuki Pielęgowania**

13 **Nowotwory, czy możemy
się przed nimi uchronić?**

18 **Opieka pielęgniarska
nad pacjentem po transplantacji
komórek krwiotwórczych**

24 **Świat wartości**

Aktualności
i wydarzenia

RR Refleksje
Redakcji

Historia
zawodu

Praktyka
zawodowa

Florence Nightingale

Początek pielęgniarstwu jako zawodowi dała działalność Florence Nightingale, która jest uważana za prekursorkę nowoczesnego pielęgniarstwa. Przyszła na świat 12 maja 1820 roku w czasie pobytu jej rodziców w Italii i stąd jej imię pochodzące od kwietnej Florencji, w której się urodziła. Wychowana została w zamożnej, arystokratycznej rodzinie angielskiej, otrzymując gruntowne, jak na owe czasy i fakt bycia kobietą, wykształcenie. Mimo sprzeciwu rodziny i oburzenia w towarzystwie, Florencja w wieku 25 lat postanowiła zostać pielęgniarką (w owych czasach pielęgniarkami były osoby wątpliwej moralności, brudne, głupie i ordynarne). Jej upór w dążeniu do celu pozwolił na realizację marzeń: w 1851 roku odbyła kilkumiesięczną praktykę w zakładzie luterskiego pastora Teodora Fliednera w Kaiserwerth nad Renem. I to był moment, który zdecydował o jej dalszym życiu – wiedziała już, że musi się szkolić w zakresie pielęgniarstwa.

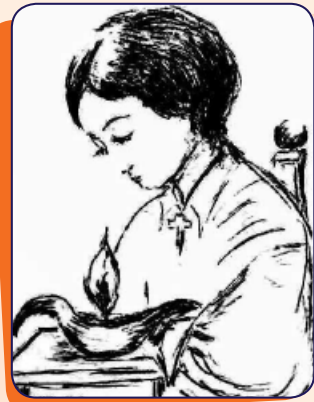
Już na początku pracy przy chorych Florence zdawała sobie sprawę, że dla rozwoju pielęgniarstwa niezbędne jest należyte szkolenie i stąd marzenie o otwarciu szkoły dla pielęgniarek. Dwa lata później została przełożoną pielęgniarek w domu zdrowia dla nauczycielek w Londynie. Tam też dotarła do niej wiadomość, którą opisał korespondent wojenny „Timesa”, o straszliwych warunkach zdrowotnych w armii angielskiej, jakie panowały na froncie niedawno wybuchłej wojny krymskiej. Nightingale zgłosiła się z propozycją opieki pielęgniarskiej i nominacją ministerstwa wojny została przełożoną w angielskim szpitalu

w Turcji. Dzięki środkom własnym i pomocy przyjaciół zorganizowała niezbędne zaopatrzenie, a następnie wraz z 38 pielęgniarkami wyruszyła na front. Kiedy przybyła na początku listopada 1854 roku do szpitala na przedmieściach Konstantynopola, zastała tam dramatyczne warunki – brud, smród, braki wszystkiego, a przede wszystkim wielką śmiertelność żołnierzy, spowodowaną nie tyle ranami, co chorobami zakaźnymi. Dzięki pracy Nightingale szpital w Skutari niebawem stał się doskonale prosperującym zakładem leczniczym a śmiertelność spadła z 42 do 2 procent. W związku z tak dobrymi wynikami pracy, Florence podjęła się inspekcji innych szpitali na Krymie, aby i tam poprawiać los chorych żołnierzy. Mimo, że odznaczała się niesłychaną wytrzymałością fizyczną, uległa w czasie tych podróży atakowi febry. Nie przerwało jednak to jej misji i po powrocie do zdrowia, aż do zakończenia wojny pozostała na froncie. Jej działania były na bieżąco śledzone w kraju, a zasługi jakie wniosła dla opieki nad chorymi żołnierzami docenione zarówno przez Królową Wiktorię, jak i społeczeństwo.

Po wielu latach walki z przeszkodami natury finansowej, organizacyjnej, a także pomimo niezrozumienia ówczesnego środowiska medycznego, 4 czerwca 1860 roku w szpitalu św. Tomasza w Londynie została otwarta pierwsza szkoła pielęgniarstwa. Florence miała 40 lat, nadszarpnięte zdrowie i sama już niestety nie mogła kierować tą szkołą. Powierzyła tą misję pani Wardroper, która przez 27 lat pozostała dyrektorem szkoły.

F.Nightingale po zostawia po sobie w swoich publikacjach olbrzymią spuściznę myśli, ale i praktycznych porad. Jej praca na tak wielu płaszczyznach ówczesnej służby zdrowia w Anglii, została doceniona przez Królową Wiktorię, która nadała Florence w roku 1904 tytuł „Lady of Grace” orderu św. Jana Jerozolimskiego, a w 1907 najwyższe odznaczenie - Order Zasługi „of Merit”. Nightingale umarła w wieku 90 lat, otoczona powszechnym szacunkiem i uznaniem. Co ciekawe, za życia nie pozwalała traktować się jak ktoś szczególny. Po śmierci dla uczczenia jej działalności Międzynarodowy Komitet Czerwonego Krzyża ustanowił w 1912 roku Medal im. Florence Nightingale. To najwyższe i najbardziej zaszczytne odznaczenie pielęgniariskie jest przyznawane co 2 lata za wybitną działalność zawodową i humanitarną, bohaterską postawę w czasie działań wojennych i klęsk żywiołowych. W 1934 roku powstała Międzynarodowa Fundacja im. Florence Nightingale, która pomaga w doskonaleniu pielęgniarek. Kolejnym wyrazem docenienia jej działalności jest ustanowienie dnia urodzin F. Nightingale – 12 maja - Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki.

Fragmety tekstu „Myśli kilka o Florence Nightingale”. Autorkami są Lena Kozłowska i Katarzyna Pawłowska.



Autor Ewa
Willaume – Pielka

Stanisława Leszczyńska

Stanisława Leszczyńska, znana jako położna z obozu koncentracyjnego Auschwitz-Birkenau, była absolwentką Warszawskiej Miejskiej Szkoły Położnych, którą ukończyła w 1922 roku. W czasie II wojny światowej mieszkała w Łodzi i pracowała jako położna, przyjmowała również porody w getcie żydowskim. Została aresztowana i wywieziona wraz z córką do obozu, gdzie przebywała 646 dni i nadal przyjmowała dzieci na świat – dzieci skazane na śmierć.

W swoich wspomnieniach napisała:

Wielką tragedią były porody Żydówek... Surowy nakaz regulaminu obozowego skierowany do położnej więźniarki: żydowskim dzieciom nie wolno było odcinać pępowiny, miały razem z łóżyskiem być wyrzucane...

Stanisława Leszczyńska przyjęła na świat w tym czasie 3000 dzieci, wszystkie urodziły się żywe. Wspominając, pisze:

Kochałam je i to właśnie dawało mi siły każdego dnia i w nocie spędzone bezsennie w mozolnej pracy, której trud i poświęcenie były właściwie tylko formą miłości skierowaną głównie do maleńkich dzieci i matek, których życie starałam się ocalić za wszelką cenę.

Syn Bronisław Leszczyński pisał o swojej matce:

Dziecko było dla niej największym cudem świata, a akt rodzenia największym biologicznym uniesieniem natury.

Tekst pochodzi z Refleksji Redakcji „Moja szkoła we wspomnieniach” zamieszczonych w numerze marcowym 2013, autorką jest p. Agnieszka Herzig. Więcej o Patronce polskich położnych znajdziecie na stronie Wirtualnego Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego <http://www.wmpp.org.pl/pl/>



źródło:
www.wmpp.org.pl

Sztuka Pielęgowania
WYDAWNICTWOWydawnictwo
Sztuka Pielęgowania

Katarzyna Trzpieł
Tel. 608 463 291
www.sztukapielęgowania.pl
info@sztukapielęgowania.pl

Redakcja

Katarzyna Trzpieł

Współpraca

Michał Bancerowski
Beata Dobrowolska
Agnieszka Herzig
Dorota Jacyna
Lena Kozłowska
Elżbieta Krupińska
Klaudia Massalska
Wojciech Nyklewicz
Katarzyna Pawłowska
Anna Sykut

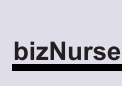
Korekta

Paulina Bator

Skład

GrantProjekt Studio Grafiki

Partnerzy:



Od redakcji

Maj to od lat miesiąc Pielęgniarek i Położnych. Zwykle obchodzony jest hucznie, jednak czasem nasuwa się refleksja, czy mamy co świętować? Czy przeżycie kolejnego roku, w którym niewiele się zmieniło na korzyść pielęgniarstwa i położnictwa jest powodem do świętowania? Wśród naszych rozmyślań pojawiły się refleksje, czego można życzyć współczesnej Pielęgniarence i Położnej?

Odporności i dystansu w trwaniu przy chorym człowieku, satysfakcji z efektów naszej pracy - tej ludzkiej i finansowej, szacunku i uznania naszego profesjonalizmu. Tego życzymy sobie. Już slogany: służba, powołanie, wyjątkowy zawód nie wystarczą. Przestańmy być siostrami, które boją się wyrazić swojego zdania, które zrobią absolutnie wszystko, o co zostaną poproszone, szanujemy siebie i swój zawód. Tego życzę sobie i wszystkim koleżankom i kolegom.

Elżbieta Kurpińska

Moje świąteczne życzenia na Dzień Położnej i Dzień Pielęgniarki dotyczą raczej wyrównania deficytów. O samodzielności zawodowej trudno jest mówić, bo to utopijna w polskich warunkach i abstrakcyjna wartość, której „rozkoszy” zaznali nieliczni. Ustawowy zapis o samodzielności jest przepisem prawa, które, niestety, wielu z nas wystarcza tylko do bicia piany i taplania się w niej zupełnie tak, jakby miała to być prawdziwa samodzielność i rzeczywista odpowiedzialność. Jednak w razie popełnienia błędu lub przestępstwa, odpowiednie „ręce” wiedzą, jak pociągnąć pielęgniarkę i położną do pięciu rodzajów odpowiedzialności, lecz jak ją pokierować ku samodzielności - tego już nikt nie potrafi zrobić.

Zatem, Koleżankom i Kolegom życzę emancypacji zawodowej, która rozpoczyna się na poziomie świadomości, a swój finał ma w rzeczywistości. Warto ten proces rozpocząć od siebie samego, bo „pater familias” zapisem ustawy uczynił już pierwszy krok. Życzę również mądrych nauczycieli, by każdy odnalazł swojego Mistrza - osobę, która zupełnie spontanicznie i bezwiednie będzie wzorem do naśladowania, a po odpowiednim czasie pozwoli Wam odejść w świat i żyć własnym zawodowym życiem. Życzę Wam, abyście mogli być Mistrzami dla innych, abyście stali się nieformalnymi liderami - przewodnikami w meandrach zawodowego życia. Życzę Wam także odnalezienia swojej Ziemi - miejsca, w którym będziecie mogli rozwinąć swoje talenty, a Wasze zaangażowanie w pracę nie będzie „rzucaniem pereł przed świnię”. Życzę również elastyczności i łatwej adaptacji w nowym środowisku życia i pracy. Integracja z Tubylcami, zarówno im jak i Wam, ułatwi tylko wspólną egzystencję. Wszyscy zasługujemy na szczęście, każdy może je odnaleźć w sobie, gdziekolwiek będzie jego miejsce w świecie.

Wojciech Nyklewicz

Przygotowując artykuł o błędach popełnianych przez pielęgniarki i pielęgniarzy, często tragicznych w skutkach zaczęłam się zastanawiać skąd te błędy się biorą i jak można ich uniknąć, doprowadziło mnie to do kilku refleksji.

Pośpiech, za dużo pacjentów, za mało pielęgniarek, zlecenia przyjmowane ustnie, czy przez telefon, wyręczanie innych „bardziej zmęczonych i zapracowanych” grup zawodowych, przekraczanie kompetencji zawodowych, praca w kilku miejscach i związane z tym długotrwałe przemęczenie... Wymieniać można by w nieskończoność.

Chcę życzyć wszystkim pielęgniarkom i pielęgniarzom, również sobie - abyśmy bardziej dbali o siebie, bo poprzez to zadamy o naszych pacjentów, wykorzystujemy zdobywaną wiedzę w praktyce, nie bójmy się mówić „nie”, gdy ktoś lub sytuacja narzuca nam to, czego nie możemy (z powodu braku uprawnień lub przekonań) wykonać. Pamiętajmy o sobie na każdym kroku zarówno naszej zawodowej pracy, jak i życia prywatnego. Dbajmy o siebie przynajmniej tak, jak dbamy o naszych pacjentów. Przytoczę słowa, które padły na majowej debacie w Sejmie w 2012 roku odbywającej się pod hasłem „Zdrowa kobieta, silna Polska. Bądź dla siebie najważniejsza”. Gdy w lecącym samolocie zdarzy się awaria to matka ma obowiązek najpierw założyć maskę z tlenem sobie, a dopiero później swojemu dziecku. Jeśli założy ją najpierw dziecku być może dla niej będzie już za późno. Pomyślmy o sobie i zadбайmy o siebie w odpowiednim czasie.

Katarzyna Trzpieł

Redakcja

Camadrone/Matrona Barnmorskan Wszystkim położnym w dniu naszego święta w każdym zakątku świata życzę zdrowych dzieci i zdrowych Mam. Radości z wykonywanej pracy i wszelkiego powodzenia w życiu osobistym, Porodni baba Jordmor życzę nam wszystkim wspaniałych sal porodowych jak i własnych prywatnych gabinetów, gdzie przyszłe Matki będą mogły z własnego wyboru oddać się pod naszą opiekę, aby miejsce naszej pracy było przyjazne Nam i Kobiętom którymi się opiekujemy, Sagefemme Акушерка aby nasza codzienność nie musiała być pełna administracyjnego stresu, de Vroedvrouw a szulésznő aby nasze rodziny i przyjaciele mieli dla nas dużo cierpliwości, a My dla nich wystarczająco dużo czasu, Midwife Hebamme aby w czasie wolnym każda z Nas mogła rozwijać te swoje zamiłowania przy, których najlepiej się relaksuje. Moim koleżankom pielęgniarzom oczywiście życzę również tego wszystkiego. Jordemorden

Agnieszka Herzig

Spis treści



Florence Nightingale, Stanisława Leszczyńska

2



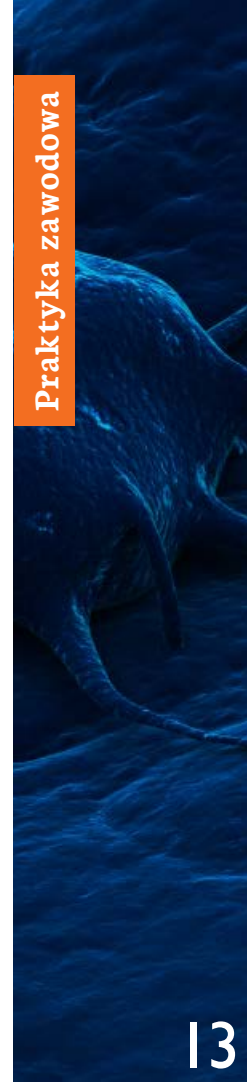
12 maja Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki

6



Problemy współczesnego Pielęgniarstwa

9



Nowotwory - czy możemy się przed nimi uchronić?

13

- 6 Aktualności
- 7 Nadchodzące wydarzenia
- 8 Relacje

Rozmowy

- 11 Rozmowy Sztuki Pielęgowania

Praktyka zawodowa

- 13 Nowotwory - czy możemy się przed nimi uchronić?
- 16 Rola pielęgniarki w leczeniu krwią

- 18 Opieka pielęgniarska nad pacjentem po transplantacji komórek krwiotwórczych Część II
- 21 Wypalenie zawodowe a stosunek do śmierci

List do redakcji

- 23 O formach współpracy agentów firm odszkodowawczych z personelem szpitala



16

Rola pielęgniarki w leczeniu krwią



18

Opieka pielęgniarska nad pacjentem po transplantacji komórek krwiotwórczych



21

Wypalenie zawodowe a stosunek do śmierci



26

Symbole zawodowe



28

Zapowiedzi Czerwiec 2013

RR czyli Refleksje Redakcji

24 Świat wartości zawodowych i życiowych

Sprawdź się / Zapowiedzi

28 Sprawdź się
28 Zapowiedzi Czerwiec 2013

Historia zawodu

26 Symbole zawodowe



Informacja o prenumeracie i newsletterze

Od lutego **Sztuka Pielęgnowania** dostępna jest tylko w formie **prenumeraty elektronicznej**. Zamówienia prenumeraty można składać bezpośrednio ze strony: www.sztukapielnegnowania.pl.

Również na stronie możliwość zamówienia newslettera **Sztuki Pielęgnowania**.



5 maja Międzynarodowy Dzień Położnej



8 maja Dzień Położnej

W Polsce Dzień Położnej jest obchodzony w rocznicę urodzin Stanisławy Leszczyńskiej. O patronce polskich położnych piszemy na str. 2.

12 maja Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki, w tym roku obchodzony jest pod hasłem Niwelowanie Różnic: Milenijne Cele Rozwoju: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1

Hasło obchodów Międzynarodowego Dnia Pielęgniarki ma zwrócić uwagę na problemy, z jakimi borykają się pielęgniarki na całym świecie, a także ludność, szczególnie w najbardziej ubogich rejonach świata. Tegoroczne hasło nawiązuje do Milenijnych

Celów Narodów Zjednoczonych, które mają zostać zrealizowane do 2015 roku. ICN podkreśla, że często jedynymi pracownikami ochrony zdrowia, do jakich mają dostęp pacjenci są właśnie pielęgniarki, stąd też ich rola w niwelowaniu różnic w dostępie do opieki medycznej, leków, leczenia ma szczególne znaczenie.

Wśród milenijnych celów do zdrowia odnoszą się szczególnie:

- Cel 4 – zredukowanie śmiertelności dzieci,
- Cel 5 – poprawa opieki nad kobietami ciężarnymi, w czasie porodu i po porodzie,
- Cel 6 – zwalczanie HIV/AIDS, malarii i innych chorób.

Jak podaje ICN wiele zostało już osiągnięte. Np. śmiertelność okołoporodowa kobiet zmniejszyła się o prawie 50%.

Źródło: www.ptp.nal.pl

Zarzuty dla pielęgniarek i lekarzy

Postawiono zarzuty pielęgniarsce i lekarzowi, którzy przetoczyli krew pacjentowi przeznaczoną dla innego pacjenta. Po kilku dniach pacjent zmarł.

Zarzuty nieumyślnego narażenia na utratę życia usłyszały również pielęgniarki z Pomorskiego Centrum Traumatologii w Gdańsku. Nie zaobserwowano w porę pogarszającego się stanu zdrowia pacjentki po zabiegu powiększenia piersi. W wyniku komplikacji doszło do trwałego uszkodzenia mózgu.

Źródło: www.wiadomosci.gazeta.pl oraz www.m.trojmiasto.pl

Cofnięte rekomendacje Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych dla pani Elżbiety Szwajkiewicz

Na stronie <http://nipip.pl/> ukazały się stanowiska Rady, wśród nich stanowisko o cofnięciu rekomendacji dla Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych. Jak czytamy na stronie „Działania Pani Konsultant wyrażnie promują zawód i zadania opiekuna medycznego stawiając na cenzurowanym pracę pielęgniarek obarczając je jednocześnie winą za wszelkie niedoskonałości systemu ochrony zdrowia w zakresie opieki długoterminowej. Klóci się to wyraźnie z ustawowymi zadaniami konsultanta np. „wydawanie opinii o stosownym

postępowaniu diagnostycznym leczniczym i pielęgnacyjnym w zakresie jego zgodności z aktualnym stanem wiedzy, z uwzględnieniem dostępności metod i środków”. (...) Traktując powyższe jako działanie na szkodę pielęgniarek realizujących świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów przewlekle chorych i niepełnosprawnych Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych stoi na stanowisku jak na wstępie.”

Źródło: www.nipip.pl

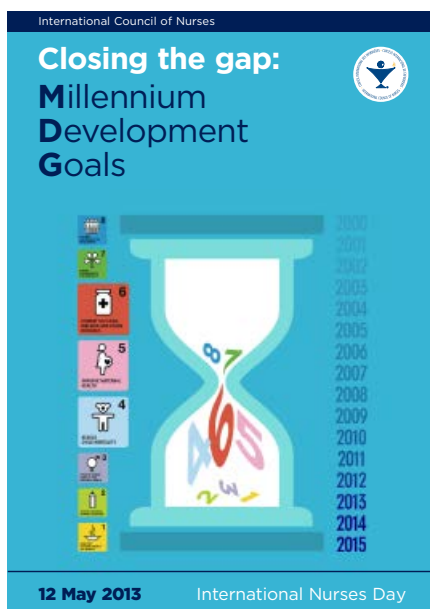
Zadaliśmy sobie w redakcji pytanie, czy pielęgniarstwo jest zagrożone przez pojawienie się na rynku zawodów medycznych zawodu opiekuna? Przecież w wielu krajach na świecie opiekunowie pracują wspólnie z pielęgniarkami, przejmując niewielką część zadań, głównie związanych z higieną, zmianami pozycji, transportem. Wydaje się raczej, że jest on wsparciem dla pielęgniarek, niż zagrożeniem.

Projekt systemowy Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej

Projekt realizowany jest w latach 2012-2015 przez Departament Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia we współpracy z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego. Projekt adresowany jest m.in. do pielęgniarek POZ. Udział w szkoleniach będzie bezpłatny, finansowany ze środków unijnych. Zachęcamy do śledzenia strony <http://geriatria.mz.gov.pl/> i korzystania z możliwości podnoszenia kwalifikacji.

Projekt systemowy Profesjonalne pielęgniarstwo systemu ratownictwa medycznego w Polsce - wsparcie kształcenia podyplomowego

Projekt trwa od roku 2009, zakończy się w 2015. W ramach projektu można bezpłatnie uczestniczyć w kursie kwalifikacyjnym Pielęgniarstwo ratunkowe, oraz w kursach specjalistycznych Resuscytacja krążeniowo-oddechowa i Wykonanie koniopunkcji, odbarczenie odmy płucnej oraz wykonanie dojścia doszpikowego. Szczegóły na stronie projektu http://www.ckppip.edu.pl/projekt_ue/





Powikłania i cukrzyca – luksus posiadania wyobraźni

Łódź 21-22.05.2013

„Ryzyko wystąpienia ostrych i przewlekłych powikłań zależy głównie od kontroli metabolicznej cukrzycy. Cukrzyca to schorzenie, które wymaga od pacjenta nie tylko regularnych spotkań i konsultacji z zespołem terapeutycznym, lecz także prowadzenia systematycznej samokontroli. Pacjenci powinni nauczyć się tak kontrolować na co dzień poziom glikemii, aby w razie jej wahań mieć od razu zareagować, a w przypadku wątpliwości skontaktować się ze swoim lekarzem lub osobami odpowiedzialnymi za edukację – pielęgniarkami, dietetykami i edukatorami diabetologicznymi. Cukrzyca wymaga takiej kontroli i dokładnego monitorowania, gdyż niedostatecznie „zaopiekowana” może szybko doprowadzić do wystąpienia powikłań groźnych dla zdrowia, a nawet życia. Niektóre z tych powikłań mogą pojawić się błyskawicznie, z minuty na minutę, inne rozwijają się znacznie dłużej. Kompleksowe leczenie cukrzycy pozwala uzyskać doskonałe wyrównanie glikemii, zapewniając pacjentom prowadzenie normalnego życia, pozwalając na aktywność fizyczną i zawodową, realizację pasji i hobby.”

Informacja dotycząca konferencji pochodzi ze strony organizatora na której można zapoznać się ze szczegółami, a także z działalnością PFED <http://www.pfed.org.pl/>

Człowiek w wieku podeszłym we współczesnym społeczeństwie. Możliwości optymalizacji opieki nad osobami starszymi

Poznań 23.05.2013

Organizatorem konferencji jest Katedra Geriatrii i Gerontologii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Tematy: Dietetyka gerontologiczna, Gerontopsychologia, Aktywizacja ruchowa seniorów, Pielęgnacja skóry, Terapia zajęciowa, Przemoc a starość, Autodyskryminacja seniorów, Zabezpieczenie społeczne wobec osób starszych, Narzędzia służące do oceny zapotrzebowania na opiekę.

Kontakt z organizatorem: geriatria@ump.edu.pl; tel./fax: 061-854-65-73

Życiodajna Śmierć

Białystok 23-26.05.2013

W czasie VIII Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Życiodajna śmierć – Pamięci Elizabeth Kbler-Ross poruszane będą problemy opieki paliatywnej, żałoba, tanatologia, śmierć społeczna, problemy wielokulturowości w medycynie, zagadnienia bioetyczne i prawne. W czasie konferencji odbędą się również warsztaty m.in. Spotkanie z aniołem – warsztat plastyczny, Komunikacja interkulturowa i imprezy np. Upiory przeszłości.

Szczegóły na stronie organizatora: <http://8konf.umb.edu.pl/>

Pielęgniarka Roku

Warszawa 5.06.2013

III etap i rozstrzygnięcie konkursu Pielęgniarka Roku. Laureatki II etapu mają za zadanie przygotować prezentację przedstawiającą sylwetki i działalność trzech polskich pielęgniarek działających w Światowej Organizacji Zdrowia.

Bohaterki z powołania

6.06.2013

Premiera filmu „Bohaterki z powołania” przedstawiającego sylwetki polskich pielęgniarek. Mottem filmu są słowa „salus aegroti suprema lex” - zdrowie, bezpieczeństwo chorego jest najwyższym obowiązkiem.

Komunikacja w relacji pacjent – rodzina – personel medyczny,

Warszawa 8.06.2013

Organizatorem konferencji jest Centrum Ekologii Człowieka i Bioetyki UKSW. W programie zaplanowano trzy panele:

1. Znaczenie komunikacji w procesie terapeutycznym
2. Wybrane zagadnienia komunikacji w opiece specjalistycznej
3. Etyczno – prawne uwarunkowania komunikacji w procesie terapeutycznym pacjentów i ich rodzin.

Szczegóły i możliwość rejestracji na stronie organizatora: <http://www.cecib.uksw.edu.pl/>

Letnia Szkoła dla Pielęgniarek 2013

Suwałki 15-19.07.2013

Zarząd Główny PTP zaprasza na kolejną edycję Szkoły. W tym roku przewidziane są następujące szkolenia: Etyka w praktyce pielęgniarskiej, Komunikacja i asertywność, Wypalenie zawodowe, Prawo medyczne dla pielęgniarek. Zapisy trwają do 31.05.2013. Szczegóły na stronie PTP <http://www.ptp.nal.pl/>

This is nursing / To jest pielęgniarstwo

Obejrzyj film na: www.thisisnursing.rcn.org.uk

Pielęgniarstwo

– zawód z tradycjami i z przyszłością

Ciechanów 20.04.2013

Pielęgniarstwo jest zawodem, ciszącym się nie tylko bardzo bogatą historią, ale także mającym ogromny potencjał na przyszłość. To właśnie ta teza towarzyszyła obradom podczas XIII Ogólnopolskiej i III im. dr n. med. Janiny Fetlińskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Pielęgniarstwo – zawód z tradycjami i z przyszłością”, która odbyła się w dniu 20 kwietnia 2013 w Ciechanowie. Głównym organizatorem Konferencji był Zakład Pielęgniarstwa i Kształcenia Podyplomowego Wydziału Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie,

Na Konferencję przybyło około 200 pielęgniarek z całej Polski. Zarówno zaproszonych Gości, jak i prelegentów przywitała dr Bożena Ostrowska - Dziekan Wydziału Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych. Podczas uroczystej inauguracji Konferencji wszystkich zebranych przywitali także Goście Honorowi m.in. Jego Magnificencja Rektor Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej doc. dr Leszek Zygmier, vice-minister zdrowia Aleksander Sopiński, zastępca dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych Jolanta Skolimowska oraz Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego dr Maria Cisek. W wypowiedziach wielu Gości pojawiało się wspomnienie o Senator Janinie Fetlińskiej, przez lata związanej ze Szkołą w Ciechanowie. W konferencji uczestniczyli także mąż i syn Pani Senator. Po oficjalnym przywitaniu rozpoczęła się naukowa część konferencji.

„Zarówno współcześnie, jak i niepełna 100 lat temu etyka zawodowa odnosi się do takich aspektów jak: odpowiedzialność zawodowa, obowiązki wobec społeczeństwa, obowiązki wobec własnej grupy zawodowej oraz obowiązki wobec siebie” – powiedziała mgr Lena Kozłowska podczas wykładu „Etyczne aspekty zawodu pielęgniarki. Koncepcja etyki pielęgniarskiej według Helen Bridge, a współczesne wartości”. Podczas prezentacji Prelegentka podjęła próbę porównania wartości z publikacji pani Bridge, pierwszej dyrektorki Szkoły Warszawskiej „Pogadanki o etyce”, z wartościami zawartymi we współczesnym Kodeksie Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej.

Do historii zawodu nawiązała również mgr Karolina Walas. W wykładzie zatytułowanym „Budowanie tożsamości zawodowej wśród studentów pielęgniarstwa” opowiedziała m.in. o zrealizowanym, na Wydziale Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie, projekcie rekonstrukcji

saloniku z Uniwersyteckiej Szkoły Pielęgniarek i Opiekunek Zdrowia działającej w okresie międzywojennym. Odrestaurowany na podstawie fotografii salonik obecnie pełni rolę Saloniku Historii Pielęgniarstwa, gdzie studenci mogą zapoznać się z eksponatami wśród których znajdują się: pianino Marii Epstein, fotografie, oryginalny mundur ówczesnych pielęgniarek, czy też liczny zbiór wydawnictw zawodowych.

Kontynuując tematykę historii oraz tradycji grupy zawodowej pielęgniarek, mgr Jolanta Łodzińska przytoczyła „Rachunek sumienia pielęgniarki” napisany przez Hannę Chrzanowską. Prelegentka poruszyła również temat „Pułapki zawodowe w profesji pielęgniarskiej”. Czy osoby wykonujące zawód pielęgniarki i położnej są narażone na jakieś szkodliwe czynniki? Czy zdarzają się nam wypadki w czasie wykonywania czynności zawodowych? Do czego prowadzi długotrwałe wykonywanie pracy w obciążeniu, stresie, niekorzystnych warunkach?... niestety powikłań jest wiele. Wśród nich wystarczy wymienić: wypalenie zawodowe, depresję, zaburzenia snu, zwiększone występowanie wrzodów żołądka, chorób układu krążenia, czy nadciśnienia tętniczego.

Pośród innych problemów zawodowych możemy wymienić m.in. nieprzestrzeganie norm prawnych przez pracodawców w ochronie zdrowia. Państwowa Inspekcja Pracy przeprowadziła badanie, z którego wynika, że najczęstsze problemy w tym zakresie dotyczą: wymiaru czasu pracy, nieprawidłowości w dobowym wymiarze czasu pracy, nieprawidłowości w zakresie odzieży ochronnej i środków ochrony osobistej, wynagrodzeń. Problematyka ta została doskonale zaprezentowana przez mgra Macieja Jarotę podczas wykładu pt. Praca pielęgniarki –wybrane problemy i zagadnienia prawne”.

Wielu prelegentów zaprezentowało podczas Konferencji wyniki własnych

badan. Wśród nich: „Występowanie Zespołu Stresu Pourazowego (PTSD) w grupie chorych hospitalizowanych w Oddziałach Intensywnej Terapii”. Wykład wygłosiła mgr Aleksandra Wróbel, która zwróciła uwagę na występowanie PTSD u pacjentów, którzy byli leczeni w OIT. Wśród czynników ryzyka wymienione zostały: długość pobytu w oddziale, lęk o życie, przebywanie w stanie zagrożenia życia.

Pośród licznych zagadnień klinicznych, poruszone zostały również te dotyczące śmierci i umierania. Mgr Anna Frankiewicz przedstawiła wyniki badania pt. „Śmierć w opinii personelu medycznego”. Wśród personelu medycznego stykającego się ze zjawiskiem śmierci tylko u nielicznych osób nie wywołuje ono żadnych emocji. Personel medyczny odczuwa stres w obliczu śmierci pacjenta, badani boją się śmierci i umierania w bólu, natomiast zapytani o eutanazję odpowiadali, że powinna być ona dozwolona. Temat śmierci poruszyła również w swoim wystąpieniu mgr Lidia Śliwińska prezentując temat „Ocena i obserwacja pielęgniarska pacjentów w opiece nad chorym umierającym”.

Odpowiedzi na pytanie „Czy pielęgniarki są partnerem w dialogu o problemach w swoim miejscu pracy” podjęła się udzielić mgr Irena Puszkarcz. Jej badanie przyniosło zaskakującą i jednocześnie pozytywną ocenę: aż 80% badanych uważa, że pielęgniarki są gotowe podejmować dialog w tym temacie.

Podczas Konferencji odbyły się również dwie sesje: sesja plenarna oraz sesja studenckich kół naukowych. Z uwagi na niezwykle bogaty program konferencji niestety nie sposób przytoczyć wszystkich wykładów. Równie okazałe przedstawiała się sesja plakatowa, na której zaprezentowano aż pięćdziesiąt plakatów.

Kolejna konferencja w Ciechanowie odbędzie się za rok. Warto już teraz zaplanować sobie jeden wiosenny dzień w 2014 roku, by móc przyjechać do Ciechanowa. Naprawdę warto! ■





Problemy współczesnego Pielęgniarstwa

1 marca odbyła się już druga konferencja zorganizowana wspólnie przez Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego i Sztukę Pielęgowania. W czasie konferencji poruszone zostały różnorodne tematy, jak: aspekty prawne wykonywania zawodu, ścieżki rozwoju zawodowego, adaptacja do zawodu absolwentów pielęgniarstwa, czy rola pielęgniarek w obecnym systemie ochrony zdrowia. Poniżej przedstawiamy wybrane streszczenia prezentowanych prac. Więcej streszczeń można przeczytać w kwietniowym numerze Sztuki.

Kodeks etyki zawodowej pielęgniarek i położnych oraz jego rola we współczesnym pielęgniarstwie

Mariola Bartusek - dr n.ekonom.
Adiunkt Wydziału Opieki Zdrowotnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,
Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Katowicach
Przewodnicząca Komisji Etyki przy Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych

Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych stanowi ważne ogniwo łączące przekonania i aspiracje z teoretycznymi i praktycznymi podstawami wykonywania zawodu. Kodeks nie tylko analizuje sferę moralną człowieka, ale i wskazuje sposób rozwiązania istniejących problemów. Jest charakterystycznym elementem wykonywania wielu zawodów zaufania publicznego, zaufania pokładanego przez osoby oczekujące zaspokojenia swoich potrzeb zdrowotnych względem ich realizatorów. Biorąc pod uwagę wzrastające zapotrzebowanie społeczne na opiekę pielęgniarską należy z dużą odpowiedzialności podejść do rozważań na temat Kodeksu Etyki zawodowej. Czy Kodeks Etyki zawodowej jest nam dziś potrzebny? Jaką rolę odgrywa

w życiu zawodowym pielęgniarek i położnych? Na te i inne pytania nurtujące pielęgniarki, pielęgniarzy i położne odpowiemy wskazując na współczesną rolę kodeksu etyki, zwłaszcza w zakresie odpowiedzialności zawodowej.

Treść Kodeksu Etyki Zawodowej Pielęgniarek i Położnych można znaleźć m.in. w Sztuce Pielęgowania nr 6/luty 2013

Aspekty prawne samodzielności w zawodzie pielęgniarki

dr n. prawn. Anna Jacek
Adiunkt, Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Wydział Medyczny, Uniwersytet Rzeszowski,
Kancelaria Prawa Gospodarczego Steczkowska i Wspólnicy sp.k. Warszawa

Wstęp

Obowiązujące przepisy ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. określają, iż zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym. Dodać należy, iż w określonym zakresie w procesie leczenia pielęgniarka jest podporządkowana lekarzowi.

Cel

Celem pracy jest przedstawienie i analiza aktów prawnych oraz deontologicznych dotyczących problematyki samodzielności zawodowej pielęgniarki. W pracy posłużono się analizą aktów prawnych, deontologicznych oraz źródeł literatury.

Omówienie

Samodzielność zawodowa pielęgniarki jest związana z zakresem kompetencji poznawczych, specyficznych, interpersonalnych oraz organizacyjnych. Natomiast zakres kompetencji zawodowych pielęgniarki określają również obowiązujące akty prawne tj. ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej z dnia 15 lipca 2011 r. oraz ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ponadto samodzielność pielęgniarki jest związana z ponoszeniem odpowiedzialności karnej, cywilnej, pracowniczej oraz zawodowej.

Podsumowanie

Z przedstawionej analizy aktów prawnych wynika, iż zawód pielęgniarki jest zawodem samodzielnym. Istotnym elementem samodzielności jest ponoszenie odpowiedzialności zawodowej.

Jakość życia w chorobie nowotworowej

mgr Irena Bonk

Przebieg choroby nowotworowej oraz wybór metod leczenia uznane zostały za ważne kryteria jakości życia chorych na nowotwory złośliwe. Ocena stanu ogólnego pacjentów podlegających leczeniu

onkologicznemu ułatwia podejmowanie decyzji terapeutycznych, co ma znaczenie w rokowaniu oraz służy szczegółowej ocenie jakości życia pacjentów.

Jakość życia jest zależna od wielu parametrów, min. od sytuacji rodzinnej, społecznej, zawodowej, które nierozdzielnie wiążą się z sytuacją materialną pacjenta. Informuje o funkcjonowaniu pacjentów w różnych dziedzinach życia, jest kryterium oceny efektów leczenia, badaniu wpływu leków na jakość życia.

Celem opieki nad pacjentem z chorobą nowotworową jest uwolnienie od dolegliwości, przy jednoczesnym zwróceniu uwagi na zaburzenia emocjonalne. Uświadomienie istoty opieki, znaczenia częstych, codziennych spotkań z cierpiącym, zbliżającym się do kresu życia człowiekiem jest niezbędne, aby pojąć, na czym polega opieka holistyczna w praktyce, jaka jest jej rola i w jaki sposób powinna być zorganizowana. Nie można zapominać, że oprócz potrzeby stałego pogłębiania wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych ważnego znaczenia nabiera kształtowanie cech osobowościowych, co jest pomocne w formowaniu się zespołów terapeutycznych.

Niezwykle istotne jest też uświadomienie sobie, że wiedza i doświadczenie, jakie posiadamy i wzbogacamy, pomagają ludziom chorym. Satysfakcja zawodowa wynikająca z tego faktu powinna wiązać się w sposób istotny z naszą postawą życiową. Kontakt z chorym człowiekiem, z ludzkim cierpieniem, z umieraniem, mimo woli wpływa na przewartościowanie naszych osobistych reakcji i dążeń. Każdy chory powinien być dla nas skarbnicą wiedzy - o człowieczeństwie, jako odrębnym i niepowtarzalnym bycie, odrębną księgą życiowej mądrości, ale także po prostu człowiekiem, któremu chce się pomóc.

Pielęgniarka w Zespole Leczenia Środowiskowego

mgr Małgorzata Zgiet - pielęgniarka koordynująca ZLS

mgr Anna Kamińska - st. pielęgniarka

Zespół Leczenia Środowiskowego przy Szpitalu „Drewnica”

W Polsce po wielu latach oczekiwania na poprawę sytuacji w psychiatrii został wprowadzony Narodowy Program Ochrony Zdrowia Psychicznego, który zakłada wdrożenie środowiskowego modelu opieki psychiatrycznej. Zalecaną formą organizacyjną jest Centrum Zdrowia Psychicznego, którego zadaniem jest pełnienie wszechstronnej psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W skład każdego centrum

powinien wchodzić oprócz poradni zdrowia psychicznego, oddziału dziennego, również zespół leczenia środowiskowego. Zespół przy Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Drewnica” w Ząbkach powstał w 1995r. ramach polsko-holenderskiego programu „Pacjenci też są obywatelami”.

Obecnie w zespole zatrudnionych jest 13 osób (lekarzy, pielęgniarek, psychologów i pracowników socjalnych). Specjalizujemy się w leczeniu osób z doświadczeniem schizofrenii, które wymagają opieki bardziej intensywnej niż leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego. Warunkiem przyjęcia jest zgoda pacjenta na leczenie i wizyty domowe terapeuty. Pracujemy od poniedziałku do piątku, w naszej siedzibie prowadzimy dyżury telefoniczne od 10.00 do 16.00, raz w tygodniu spotykamy się całym zespołem w celu omówienia trudnych przypadków. Współpracujemy z rodzinami i bliskimi pacjenta, innymi instytucjami zajmującymi się leczeniem, rehabilitacją i integracją chorych psychicznie. Każdy z terapeutów ma pod swoją opieką ok. 20 pacjentów z którymi spotyka się średnio 1x w tygodniu i indywidualnie wspiera w procesie zdrowienia.

Praca w zespole różni się od pracy w oddziale całodobowym. Pielęgniarka w środowisku musi przez cały czas dbać o pozytywną relację terapeutyczną, prowadzić działalność edukacyjną, doradczą, konsultacyjną z uwzględnieniem oczekiwań i potrzeb pacjenta oraz członków jego rodziny, jak również specyficznych uwarunkowań środowiskowych. Dzięki temu, że profesjonaliści pracujący w zespole zamieniają się rolami, mogą wzajemnie się konsultować, co pozwala poszerzać wiedzę i zmniejsza obciążenia i frustracje związane z pracą.

Specyficzne są również problemy, z którymi musi zmierzyć się pielęgniarka opiekująca się chorym psychicznie w domu. Do najczęstszych należą: nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjenta, zaburzenia w komunikacji z chorym psychicznie, brak współpracy po stronie podopiecznego i/lub jego rodziny, uzależnienia, towarzyszące choroby somatyczne.

Ścieżka kariery zawodowej w pielęgniarstwie anestezyjologicznym i ratunkowym

Michał Milewski¹, Kamila Stępień¹, dr n. med.

Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska²

Celem rozwoju zawodowego jest poprawa potencjału i zdolności do

profesjonalnego wykonywania zadań zawodowych przez pielęgniarkę. Jest to możliwe dzięki nabywaniu i rozwojowi wiedzy, umiejętności i doświadczenia. Istnieją akty prawne, które obligują pielęgniarkę do doskonalenia zawodowego. Kodeks pracy zobowiązuje pracodawcę do ułatwienia pracownikowi podnoszenia kwalifikacji zawodowych. U innych przedstawicieli profesji medycznych tj. lekarzy i ratowników medycznych istnieje system legislacyjny obligujący personel do rozwoju zawodowego. Okazuje się jednak, że nie spełnia swoich zamierzonych celów.

Obecna sytuacja dotycząca rozwoju zawodowego w pielęgniarstwie wymaga wprowadzenia systemu monitorującego podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Pielęgniarki kształcone są w systemie bolońskim (trzystopniowym), co wpływa korzystnie na jakość kształcenia oraz podniesienie prestiżu zawodowego. Ponadto system boloński uwzględnia proces ustawicznego kształcenia się.

Celem pracy jest ukazanie ścieżki kariery zawodowej w pracy pielęgniarki anestezyjologicznej i ratunkowej.

W pracy wykorzystano akty prawne, aktualne piśmiennictwo medyczne oraz bazowano na własnych obserwacjach dokonywanych podczas toku studiów licencjackich i magisterskich.

Na podstawie istniejących aktów prawnych określających uprawnienia pielęgniarek i pielęgniarzy, którzy ukończyli kurs kwalifikacyjny lub specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki, pielęgniarstwa ratunkowego wyodrębniono dwie ścieżki kariery zawodowej: kliniczną i dydaktyczną. Mogą one wzajemnie ze sobą się uzupełniać. Zauważono też, że specjalistki w wyżej wymienionych dziedzinach, pomimo uzyskanych bardzo wysokich kompetencji, na co dzień wykonują podstawowe czynności pielęgnacyjne u pacjentów, w szczególności na oddziałach intensywnej terapii. ■

1. Studenckie Koło Naukowe Pielęgniarstwa Anestezyjologicznego i Intensywnej Terapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego przy Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
2. Opiekun SKN Pielęgniarstwa Anestezyjologicznego i Intensywnej Terapii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Adiunkt w Zakładzie Pielęgniarstwa Ogólnego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Specjalistka pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki.

Rozmowy Sztuki Pielęgowania



Dzisiaj spotykamy się z Panią Agnieszką Olejnik, prezesem Fundacji Chustka.

Sztuka Pielęgowania: Proszę powiedzieć, skąd się wzięła i czym się zajmuje kierowana przez Panią Fundacja.

Agnieszka Olejnik: Chustka powstała jako wyraz woli Joanny Sałygi, wspaniałej, mądrej kobiety i matki, która zachorowała na raka żołądka. Z tą diagnozą i prognozą kilku miesięcy życia przeżyła ponad dwa lata, pisząc w tym czasie bloga, który był dedykowany przede wszystkim jej synkowi i stanowił głównie opis chwil, które razem spędzają. Joanna chciała nauczyć syna cieszyć się życiem, zatrzymywać się w biegu, pielęgnować chwile i momenty. Powstała z tego piękna historia miłości, a blog robił się coraz popularniejszy. Każdy mógł znaleźć tam to, czego szukał. Niestety, Joanna mimo dobrej opieki i starań wielu osób, umierała w bólu. My chcielibyśmy doprowadzić do tego, żeby ludzie chorując nie cierpieli. Naszym celem jest zabezpieczenie przeciwbólowe wszystkich chorych w Polsce, szczególnie zaś chorych onkologicznie.

Czy nie wyważacie Państwo otwartych drzwi? Czy faktycznie sytuacja jest aż tak zła?

Chciałabym móc powiedzieć, że nie mamy wiele pracy, ale niestety tak nie jest. Codziennie zwracają się do nas ludzie z pytaniami i prośbami o pomoc. Tacy, którzy sami chorują także, ale najczęściej ich bliscy – małżonkowie, dzieci, rodzice. Patrzenie na cierpienie najbliższych i poczucie bezsilności sprawia, że szukają wsparcia wszędzie, gdzie się da, a my staramy się im pomóc w miarę naszych możliwości. Z tych rozmów, maili, telefonów wyłania się dość ponury obraz całości. Okazuje się, że cierpienie jest dość powszechne i my chcemy z tą sytuacją walczyć. Chcielibyśmy pomóc jak największej grupie ludzi, więc staramy się podejmować takie działania, które nie będą niosły ulgi pojedynczym osobom, ale doprowadzą w konsekwencji do rozwiązania problemu.

Jakie to działania?

Przede wszystkim chcemy dążyć do rozpowszechniania wiedzy na temat bólu – okazuje się, że często ludzie nie wiedzą o istnieniu poradni leczenia bólu, w których mogą otrzymać pomoc. Nie wiedzą

o nich nie tylko pacjenci, ale i lekarze i pielęgniarki. Chcemy rozpowszechniać wiedzę na temat nowoczesnych metod leczenia bólu wśród wszystkich zainteresowanych – lekarzy i pacjentów. Planujemy wydanie poradnika dla pacjentów z podstawowymi informacjami, których mogą szukać i które będą

cura SWISS

healthcare schools

Curaswiss szwajcarska inicjatywa na rzecz kształcenia i zatrudnienia personelu pielęgniarskiego. Powstała przy współpracy z FREI's Schulen AG Lucern i Wyższą Szkołą Medyczną w Szwajcarii Środkowej (HFGZ).

Kompleksowy program stażowy dla absolwentów kierunku pielęgniarstwo - Szwajcaria



Co oferujemy?

- > intensywne kursy języka niemieckiego od podstaw
- > możliwość zdobycia doświadczenia zawodowego
- > szkolenia zawodowe w klinikach i szpitalach (opieka mentora)
- > szkolenia specjalizacyjne: pogotowie ratunkowe, intensywna terapia, anestezjologia
- > stypendium wypłacane już na etapie szkoleń językowych w Polsce - wynagrodzenie od 83.800 CHF do 159.800 CHF
- > udział w projekcie jest bezpłatny - Curaswiss zapewni zakwaterowanie i wyżywienie na etapie szkoleń językowych

Zapraszamy do udziału!



Potrzebujesz więcej informacji?

Zadzwoń bądź napisz:
E-mail: rekutacja@curaswiss.ch
Tel: +48 42 680 45 83
www.curaswiss.pl

Odwiedź nas na Facebook'u!

www.facebook.com/Curaswiss

zawierały strony na notatki, na których pacjent będzie miał możliwość zapisywania środków, które przyjmuje, żeby podczas wizyty u nowego lekarza, dostawał on pełną informację o dotychczasowym leczeniu. Naszym celem jest również utworzenie strony internetowej i przeciwbólowego telefonu zaufania, które będą mogły przekazywać informację w nagłych przypadkach. I przede wszystkim chcemy przygotować takie projekty zmian legislacyjnych, które umożliwią pomoc wszystkim potrzebującym. Planów mamy naprawdę dużo, bo i obszar, na którym pracujemy jest dość rozległy.

Jaka może być przyczyna tego, że Państwa działania są tak potrzebne?

Nie jest naszym celem szukanie winnych i nie chcemy tego robić. Na obecną sytuację składają się wieloletnie zaniedbania i tym, na czym chcemy się skupić, jest współpraca wszystkich zainteresowanych. Chcielibyśmy zacząć ogólnokrajową szeroką dyskusję na temat bólu – tego, czym on jest, jak można go leczyć, jak to robić skutecznie, czy należy się obawiać silnych środków przeciwbólowych. W cierpieniu nie ma nic uszlachetniającego ani budującego. Ból osłabia chęć do życia, nie pozwala zmobilizować się do walki o powrót do zdrowia, alienuje z życia rodzinnego. To on

jest głównym negatywnym bohaterem naszych działań i z nim przede wszystkim chcemy walczyć.

Fundacja Chustka jest dość młodą fundacją, powstała dopiero na początku tego roku. Jak chcecie Państwo zrealizować swoje plany?

Przede wszystkim nie chcemy działać sami. Chustka jest częścią koalicji Wygrajmy z Bólem i przy wszystkich okazjach zapraszamy do włączenia się do niej wszystkie fundacje i stowarzyszenia, które wśród swoich celów mają również walkę z bólem. Wierzymy, że razem możemy zrobić więcej i szybciej. Ponadto, współpracujemy również z pracownikami służby zdrowia – z lekarzami, z pielęgniarkami. Każda osoba, która może nam pomóc, jest przez nas mile widziana i zapraszana do współpracy. Rozmawiamy również na temat wspólnych działań z hospicjami. Okazuje się, że jest bardzo wiele osób, które zetknęły się z tematem cierpienia, często niepotrzebnego, i które wierzą, że to o co walczymy jest ważne tego, żeby się włączyć, zaangażować i pomóc.

W jaki sposób można Państwu pomóc?

Cały czas zapraszamy wszystkich chętnych do współpracy. Potrzebujemy

zarówno takich osób, które mają pomysły na działania, które moglibyśmy przeprowadzić a które pomogą nam rozpropagować nasze cele, jak i osób, które na co dzień pracują w służbie zdrowia i zechciałyby nas wesprzeć merytorycznie. Takich osób, mimo wsparcia ze strony środowiska medycznego nadal nam ogromnie brakuje, bo zapotrzebowanie na wiedzę mamy spore.

A jak się z Państwem skontaktować?

Można nas znaleźć na Facebooku – mamy profil Fundacja Chustka, zapraszam też na naszą stronę internetową www.fundacjachustka.pl, gdzie są wszystkie dane kontaktowe. Swoją siedzibę mamy w Warszawie, ale chcemy działać na terenie całego kraju, więc wszystkich chętnych serdecznie zapraszam do pomocy.

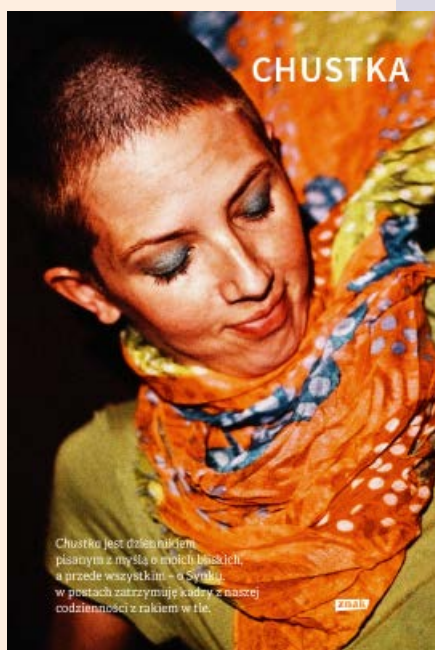
Bardzo dziękuję za rozmowę i życzę powodzenia w realizacji celów.

To ja dziękuję, że mogłam przedstawić Fundację na łamach Państwa pisma i jeszcze raz serdecznie zapraszam wszystkich, którzy chcieliby się włączyć w nasze działania do współpracy. ■

Joanna Salyga Chustka

Premiera książki: 9 maja 2013 r.

Stron: 400



Chustka jest dziennikiem pisanym z myślą o moich bliskich, a przede wszystkim - o Synku.

w postach zatrzymuję kadry z naszej codzienności z rakiem w tle.

Bolał ją brzuch. W biegu, między licznymi zajęciami wpadła do lekarza. To miało być rutynowe badanie. Diagnosta przeraziła wszystkich. Rak złośliwy, z licznymi przerzutami. **Walczyła z nim przez ponad dwa lata.**

Śmiertelna choroba i nieposkromiony apetyt na życie. Joasia czyli Chustka **cieszyła się każdą chwilą** spędzaną z najbliższymi i pisała bloga. Była szczęśliwa.

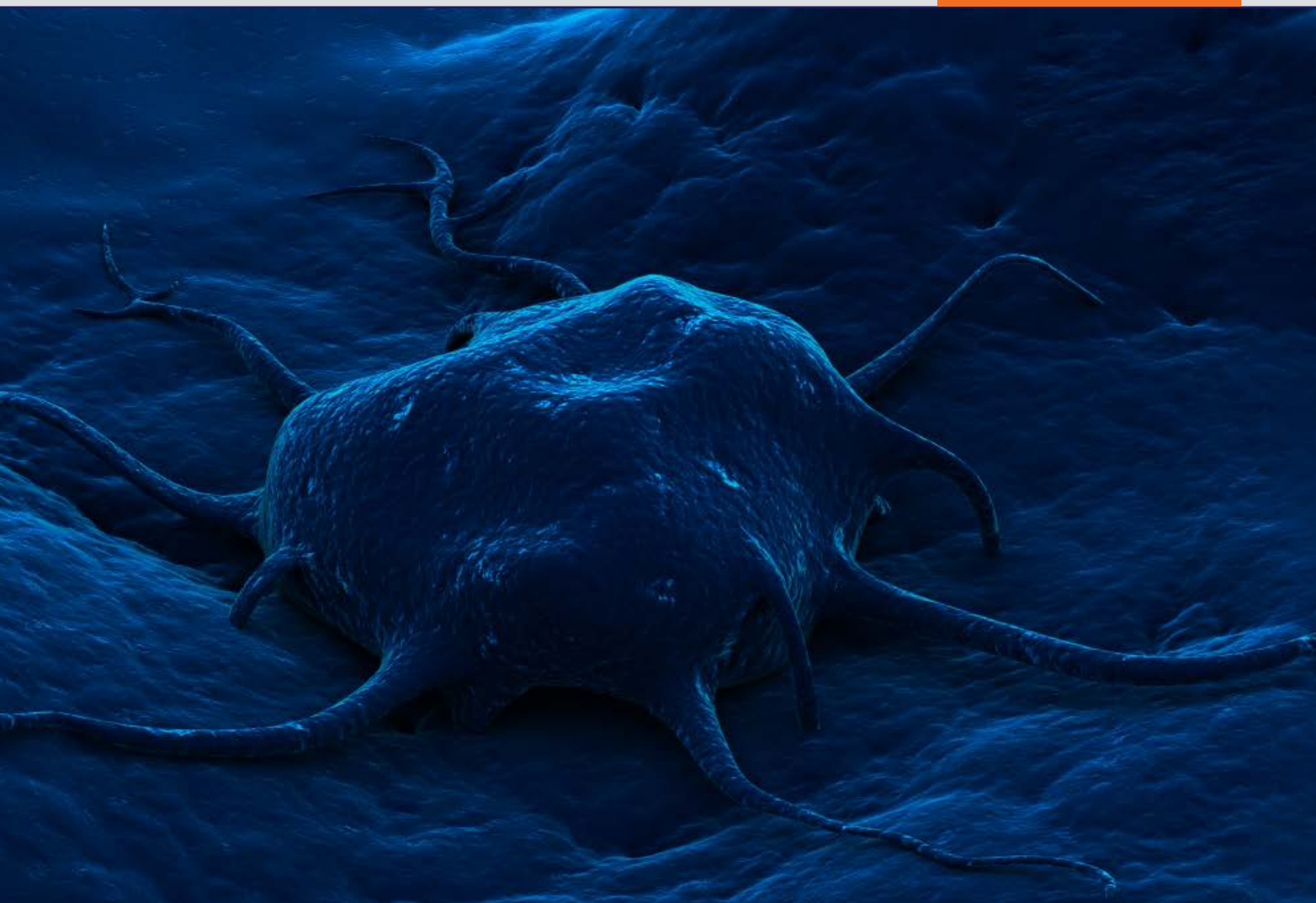
Chustka to nie tylko zapis zmagania się z chorobą, ale przede wszystkim **opowieść o wielkiej miłości do synka, Niemęża i życia.**

Niepokorna, piękna, ciepła i otwarta, dowcipna i często kontrowersyjna. Otwarcie pisała o seksie w czasie choroby. Przygotowywała syna na swoją śmierć. Jej blog zdobył ogromną popularność. Wzruszał i przerażał. Czytali go też ci, którzy szukali zwykłego pocieszenia.

Kupując tę książkę, wspierasz Fundację Chustka.

*lubie dotykać życia.
mam tak odkąd pamiętam.
zatrzymuje mnie tu i teraz.
odczuwam to, co jest, takim jakie jest.
z tą różnicą, że kiedyś nie ugięłam karku.
i teraz mam trochę więcej cierpliwości.
zgadzam się, akceptuję.
po prostu tak ma być.*

*przyjmuję wszystko, co otrzymuję.
i uważnie się przyglądam.
i cieszę się, że jest.*



Nowotwory – czy możemy się przed nimi uchronić?

W 2005 roku na wniosek polskich onkologów i organizacji zrzeszających chorych na raka powstał Narodowy Program Zwalczania Chorób Nowotworowych. Program ten kładzie szczególny nacisk na profilaktykę pierwotną. W chwili obecnej medycyna jest w stanie zapobiec zachorowaniu na 1/3 nowotworów, taka sama liczba pacjentów może zostać wyleczona przy wczesnym wykryciu [1].

„Lepiej zapobiegać niż leczyć” W myśl tej zasady większy wpływ na zdrowie populacji mają działania profilaktyczne, które zapobiegają zachorowaniu niż leczenie pacjentów onkologicznych. Szczególna jest tutaj także rola pielęgniarki – wypełniając swoją funkcję edukacyjną, powinna propagować zachowania prozdrowotne, ale także przekazywać pacjentom wiedzę na temat przyczyn zachorowania na nowotwory, podstawowych objawów i możliwości zapobiegania.



Bernadeta Jędrzejkiwicz, studentka III roku pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie



Ewelina Kojder, studentka III roku pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Choroby nowotworowe to największe wyzwanie dla medycyny na początku XXI wieku. Wskaźniki zachorowalności stale rosną zarówno na świecie, jak i w Polsce. Obecnie rak przerywa przedwcześnie życie co 4. Europejczyka [1]. Według szacunków Międzynarodowej Agencji Badań nad Rakiem w 2008 roku na chorobę

nowotworową zachorowało 12,7 miliona osób, a w jej wyniku zmarło 7,5 miliona osób na świecie. Co roku w Polsce notuje się około 155 000 zachorowań, z czego 93 000 pacjentów umiera [2]. Wzrost zachorowalności na nowotwory wynika m.in. ze zmian demograficznych zachodzących na świecie. Wydłużenie przeciętnej długości życia człowieka zwiększa populację osób starszych, które są grupą najbardziej narażoną na występowanie nowotworów. Największy wpływ jednak na wzrost liczby chorych na raka ma zwiększona ekspozycja na czynniki kancerogenne oraz działanie czynników związanych z niewłaściwym stylem życia i dietą.

Proces nowotworowy

Nowotwór to choroba o podłożu genetycznym. Powstaje na skutek nieprawidłowego zapisu w materiale genetycznym – mutacji. Zazwyczaj jest to proces monoklonalny, czyli wywodzący się z jednej komórki. Proces ten – inaczej kancerogeneza zachodzi wieloetapowo. Pierwszy etap to inicjacja – w komórce zachodzi pojedyncza mutacja, kolejny promocja – rozwój klonu komórkowego w wyniku zaburzonej ekspresji genów i etap ostatni progresja – prowadzi do powstania nowotworu zdolnego do naciekania i tworzenia przerzutów. Według badań guzek o średnicy 1 cm powstaje przeciętnie 5 lat. Rozwój nowotworów jest jednak zróżnicowany, zależy m.in. od jego agresywności, wrażliwości organizmu, zazwyczaj jest procesem wieloletnim [3].

Czynniki rakotwórcze

1. Czynniki chemiczne:

- Aromatyczne policykliczne węglowodory – w dużej ilości występują w dymie tytoniowym, wędzonym mięsie i rybach, wytwarzane są podczas smażenia tłuszczów zwierzęcych. Obecne są także w przemyśle, w dymach fabrycznych, smarach, rozpuszczalnikach, asfalcie, parafinie.
- Nitrozoaminy i nitrozoamidy – ich związki prekursorowe występują w produktach żywnościowych jako azotyny i azotany – najczęściej w jarzynach, jako saletra w mięsie (zapewnia intensywny czerwony kolor), serze, mają działanie konserwujące. Związki prekursorowe ulegają przemianie do nitrozoamin, które mogą być przyczyną raków przewodu pokarmowego.
- Azbest – wdychanie ciątek azbestowych powoduje włóknienie struktury płucnej a w konsekwencji raka płuc.
- Arsen (składnik środka zwalczającego insekty) – może powodować raka skóry.
- Chrom, nikiel i inne metale – mogą inicjować raka jamy nosowej, zatok, płuc.
- Roślinny kancerogen – produkowana przez grzyba pleśniowego *Aspergillus flavus* flotoksyna B1, rozwija się w źle przechowywanych ziarnach

zbóż i orzeszkach ziemnych. Może wywoływać raka wątroby i białaczki.

2. Czynniki fizyczne:

- Promieniowanie ultrafioletowe – szczególnie szkodliwe jest pasmo promieniowania UVB, powoduje powstanie dimerów pirymidynowych w DNA, zahamowanie podziałów komórkowych, inaktywację enzymów, a także śmierć komórki. Na prawdopodobieństwo rozwoju nowotworu ma wpływ długość narażenia na promieniowanie i osobnicza wrażliwość. Promieniowanie UV ma wpływ na występowanie raka płaskonabłonkowego skóry i czerniaka skóry.
- Promieniowanie jonizujące, promieniowanie elektromagnetyczne (rentgenowskie) oraz cząsteczkowe. Ma największy wpływ na rozwój białaczek, chłoniaków, a także raka tarczycy u osób młodych.

3. Czynniki biologiczne:

- Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV) – wirus przenoszony drogą płciową, głównie typy 16 i 18, które wywołują raka szyjki macicy.
- Wirus Epsteina-Barr (EBV) – powoduje mononukleozę, wiąże się z patogenezą chłoniaka.
- Wirus WZW typu B – ma związek z nowotworową transformacją hepatocytów.
- Bakteria *Helicobacter pylori* – powoduje zapalenie błony śluzowej żołądka, ma wpływ na rozwój chłoniaka i raka żołądka.

4. Leki hormonalne:

- Hormonoterapia zastępcza – kilkuletnie stosowanie estrogenów z gestagenami powoduje zwiększenie ryzyka zachorowania na raka piersi (wykrywanie w bardziej zaawansowanym stadium) oraz zwiększa liczbę udarów i zatorów płucnych.
- Antykoncepcja hormonalna – w badaniach obserwuje się zwiększoną zachorowalność na raka piersi przy wieloletnim stosowaniu szczególnie u młodych nieródek, palenie tytoniu nasila ten efekt [3,4].

Profilaktyka

Działania profilaktyczne są w Polsce często niedoceniane i pomijane przez środowisko medyczne, skupione na diagnostyce i terapii. Działania profilaktyczne możemy podzielić na pierwotne i wtórne. Profilaktyka pierwotna ma na celu określenie i eliminację czynników ryzyka zachorowania oraz modyfikację nawyków i stylu życia. Profilaktyka wtórna obejmuje wczesną diagnostykę, wykrycie nowotworu w początkowym stadium. Daje to lepsze rokowanie w procesie terapeutycznym, zwiększa szanse przeżycia i ogranicza koszty finansowe leczenia. Oszacowano, że około 70% nowotworów złośliwych ma związek ze stylem życia, dietą, otaczającym środowiskiem, dlatego tak ważne są działania zapobiegające chorobom onkologicznym [3]. Poniżej przedstawione zostaną główne czynniki powodujące nowotwory, a także szereg zaleceń, które warto zastosować we własnym życiu i propagować wśród znajomych, rodziny i pacjentów.

Główne czynniki powodujące nowotwory i ich procentowy udział:

- palenie tytoniu 30%
- dieta 30%
- zakażenia 5%
- zachowania seksualne, dzietność 4%
- alkohol 3%
- skażenie środowiska 2% [3]

Zapobieganie nowotworom:

Rzuć palenie. Polacy wydają na papierosy równowartość połowy budżetu służby zdrowia [3]. Europejski kodeks walki z rakiem zaleca: Nie pal, jeśli palisz, przestań. Jeśli nie potrafisz przestać, nie pal przy niepalących. Palenie papierosów to najważniejsza przyczyna zachorowań na raka w Polsce, jest przyczyną zachorowania na 90% przypadków raka płuc. Palenie czynne niesie za sobą podobne skutki zdrowotne co palenie bierne. Dym tytoniowy zawiera 4 tysiące różnych substancji, z czego 40 to znane kancerogeny. Rzucenie palenia nie tylko chroni przed zachorowaniem na nowotwór, poprawia stan zdrowia i wydłuża życie. Statystycznie rzucenie palenia w wieku 60 lat daje dodatkowo 3 lata życia, w wieku 50 lat wydłuża życie o 9 lat [3]. Ogranicz także spożycie alkoholu, który potęguje niekorzystny wpływ palenia tytoniu.

Dieta. Spożywaj regularnie **5 posiłków dziennie**. Każdy z posiłków powinien zawierać warzywa i owoce. Duże ich spożycie zapobiega nowotworom płuc, jamy ustnej, krtani, trzustki, przełyku, żołądka, jelita grubego, pęcherza moczowego, szyjki macicy. **Owoce i warzywa o szczególnie ochronnym działaniu** to: cytrusy, warzywa zielone, czosnek i pomidory. Ogranicz spożycie tłuszczów zwierzęcych i czerwonego mięsa, zwiększając one zachorowanie na nowotwory jelita grubego, piersi i stercza. Spożywaj produkty bogate w błonnik i produkty pełnoziarniste, chronią przed rakiem piersi i jelita grubego. Unikaj soli i produktów peklowanych i konserwowanych. Dbaj o prawidłową masę ciała. Według szacunków w Europie Zachodniej **nadwaga i otyłość** są przyczyną 24% nowotworów pęcherzyka żółciowego i 39% trzonu macicy [1]. Otyłość przyczynia się nie tylko do powstawania nowotworów złośliwych, ale także do rozwoju chorób przewlekłych, cukrzycy i układu krążenia.

Prowadź aktywny tryb życia. Regularne ćwiczenia fizyczne zmniejszają ryzyko zachorowania na nowotwory okrężnicy, raka piersi, trzonu macicy i prostaty. Zmniejszenie ryzyka zachorowania na nowotwór jest wprost proporcjonalne do wykonywanego wysiłku fizycznego, który powinien być dostosowany do wydolności i stanu zdrowia danej osoby. Zaleca się ćwiczenie co najmniej 3 razy w tygodniu, po 30 minut, gdzie tętno wynosi około 130 ud./min. (3x30x130) [1].

Unikaj nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne. W latach 90. XX wieku zapadalność na czerniaka skóry podwoiła się w porównaniu do lat 60. Szczególnie narażone na nowotwory skóry są osoby o jasnej karnacji. Do podstawowych działań należy unikanie słońca w słoneczne dni między godziną 11.00 a 15.00. Zapobiegaj oparzeniom słonecznym. Stosuj kosmetyki zawierające filtry zarówno UVA, jak i UVB. Osoby posiadające liczne znamiona, a szczególnie takie powyżej 5 mm o nieregularnym kształcie i kolorze, powinny szczególnie uważać, są bowiem o 10% bardziej narażone na zachorowanie na czerniaka niż reszta populacji.

Stosuj szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B,

a także przeciwko wirusowi HPV. Zalecane jest także ostrożne stosowanie antykoncepcji hormonalnej szczególnie u młodych kobiet [3,1].

Badania przesiewowe

Badania przesiewowe inaczej screeningowe mają na celu objęcie badaniami populację największego ryzyka, bez objawów chorobowych i diagnostykę w kierunku wczesnego wykrycia choroby. W Polsce wykazano zmniejszoną umieralność w przypadku screeningu mammografii, cytodiagnostyki szyjki macicy i badania w kierunku raka jelita grubego. Niestety zgłaszalność osób objętych screeningiem jest często bardzo mała.

Zalecenia:

- Kobiety od 25. do 60. roku życia powinny korzystać z badań cytologicznych co 3-5 lat. Wczesne wykrycie raka szyjki macicy daje szansę całkowitego wyleczenia.
- Kobiety pomiędzy 50. a 69. rokiem życia powinny wykonywać mammografię co 2 lata, u kobiet w wieku 40-49 lat należy rozważyć badanie w przypadku czynników ryzyka i obciążenia genetycznego. Badanie mammograficzne umożliwia wykrycie klinicznie niewyczuwalnych guzów piersi na 2-4 lata nim zaczynają się pojawiać objawy choroby. Zaleca się także samobadanie piersi (dodatkowo węzły chłonne, fałdy pachowe i dół pachowy) regularnie od 20. r.ż., najlepiej tydzień po zakończeniu miesiączki.
- Kobiety i mężczyźni po ukończeniu 50. roku życia powinni brać udział w badaniach przesiewowych w kierunku raka jelita grubego. Należy do nich badanie kału na krew utajoną co 2 lata (można przeprowadzić w domu za pomocą zestawu dostępnego w aptekach), badanie *per rectum*, a także badania endoskopowe (sigmoidoskopia i kolonoskopia). W Polsce od 2000 roku prowadzony jest pilotażowy program wykonywania kolonoskopii co 10 lat.
- Badanie przesiewowe w kierunku raka gruczołu krokowego to badanie poziomu swoistego antygenu gruczołu krokowego (PSA), zalecane jest po ukończeniu 50. r.ż., co rok. Powszechne stosowanie testu przyczynia się do zmniejszenia liczby zaawansowanych postaci raka stercza.

- Diagnostyka raka płuca i jego wczesne wykrycie możliwe jest dzięki spiralnej tomografii komputerowej, jednak tylko 10% spośród chorych można wyleczyć [1,3,4].

Wczesna wykrywalność

Bardzo ważna jest świadomość personelu medycznego i pacjentów w zakresie rozpoznawania podstawowych objawów choroby nowotworowej i szybki kontakt z lekarzem w przypadku ich rozpoznania. Do takich objawów możemy zaliczyć: niegojące się rany lub owrzodzenia, zmiany w wyglądzie brodawek i znamion (krwawienie, sączenie, nieregularny kształt i kolor), trudności w połykaniu, objawy dyspeptyczne i uczucie pełności w nadbrzuszu, zaparcia, biegunki, krew lub śluz w stolcu, krwimocz, krwioplucie, długotrwała chrypka, wyczuwalne guzki lub powiększone węzły chłonne, nieprawidłowe krwawienie lub wydzielina u kobiet z dróg rodnych, ból, osłabienie, chudnięcie [3]. Wystąpienie tych objawów powinno obudzić czujność i zmobilizować do szukania pomocy medycznej.

Podsumowując, jest bardzo wiele działań, które może podjąć każdy, aby zmniejszyć ryzyko zachorowania na nowotwór. Oprócz eliminacji z żywności i otoczenia czynników rakotwórczych warto także zadbać o prozdrowotny styl życia, który pozwoli nam żyć długo i w dobrej formie. Należy korzystać samemu, a także zachęcać bliskich do korzystania z testów przesiewowych, które dają nam szansę wczesnego wykrycia choroby. Należy pamiętać, że nowotwory we wczesnym stadium mogą nie dawać żadnych objawów, a te pełnoobjawowe i łatwe diagnostycznie są trudne do wyleczenia. Trzeba też znać podstawowe objawy choroby nowotworowej i w razie ich pojawienia się skontaktować się z lekarzem. ■

Piśmiennictwo:

1. W. Zatoński, Europejski kodeks walki z rakiem, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2012.
2. J. Meder, Podstawy onkologii klinicznej, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie, Warszawa 2011: 5-28.
3. R. Kordka, Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy, Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2007: 3-70.
4. A. Koper, Pielęgniarstwo onkologiczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

Rola pielęgniarki w leczeniu krwią



mgr Elżbieta Krupińska
Pielęgniarka anestezjologiczna

Krew jest tkanką płynną transportującą tlen, dwutlenek węgla, substancje odżywcze, produkty przemiany materii oraz hormony. Bierze udział w procesie krzepnięcia, w gospodarce białkami, elektrolitami, lipidami. Spełnia rolę regulacyjną, bierze udział w procesach obronnych organizmu, stanowi ok. 8% masy ciała [1]. Leczenie krwią jest powszechnie stosowaną metodą leczniczą. W Polsce rocznie wykonywanych jest ok. 1,5 miliona przetoczeń preparatów krwi. Organizacją tego leczenia zajmują się Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa (21 regionalnych i podległych im 194 oddziałów terytorialnych). Centra działają na mocy Ustawy z 22 sierpnia 1997 r. o publicznej służbie krwi (Dz. U. Nr 106, poz. 681), która określa zasady pobierania krwi ludzkiej, oddzielania jej składników, przechowywania i obrotu oraz warunki zapewniające ich dostępność, a także zadania oraz organizację publicznej służby krwi. Ustawa jest zgodna z Dyrektywą Unijną 2002/98/EC [2].

W placówkach ochrony zdrowia leczenie krwią reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami. Zgodnie z nim preparaty krwi pobrane ze stacji krwiodawstwa trafiają do banku krwi odpowiedzialnego m.in. za odbiór preparatów otrzymanych na podstawie zamówień, ich przechowywanie, wydawanie do jednostek lub komórek organizacyjnych podmiotu leczniczego, prowadzenie dokumentacji przychodów i rozchodów krwi i jej składników, tworzenie stosownych sprawozdań oraz archiwizowanie dokumentów (indywidualne zamówienia – 5 lat, książka przychodów i rozchodów

– 30 lat od dnia dokonania w niej ostatniego wpisu).

Po ustaleniu wskazań do przetoczenia, oznaczeniu grupy krwi chorego i uzyskaniu zgody pacjenta na transfuzję lekarz wypełnia zamówienie na krew i jej składniki, na podstawie którego składnik krwi jest pobierany z banku i po wykonaniu próby krzyżowej (jeśli jest taki wymóg np. dla Koncentratu Krwinek Czerwonych) jest gotowy do przetoczenia. Zabieg ze względu na potencjalne zagrożenia i możliwość wystąpienia zagrażających życiu powikłań, przebiega zgodnie z obowiązującymi w zakładzie SOP uwzględniającymi wymogi prawne [3]. Zgodnie z nimi, do zadań lekarza w trakcie transfuzji i po niej należy:

- poinformowanie pacjenta o ryzyku i korzyściach wynikających z przetoczenia,
- pobranie od pacjenta próbek krwi w celu wykonania badania grupy krwi i próby zgodności krwi dawcy i biorcy przed przetoczeniem, zwanego dalej „próbą zgodności”,
- identyfikacja biorcy,
- przetoczenie,
- obserwacja pacjenta w trakcie przetoczenia i po przetoczeniu oraz podjęcie odpowiednich czynności, jeżeli wystąpi powikłanie,

Pielęgniarka ponosi odpowiedzialność za:

- pobranie od pacjenta próbek krwi w celu wykonania badania grupy krwi i próby zgodności krwi dawcy i biorcy przed przetoczeniem, zwanego dalej „próbą zgodności”,
- identyfikację biorcy,
- przetoczenie,
- obserwację biorcy w trakcie przetoczenia i niezwłoczne informowanie lekarza o objawach występujących w trakcie przetoczenia i po przetoczeniu mogących świadczyć o powikłaniu poprzetoczeniowym oraz o zdarzeniach niepożądanych,
- prawidłowe udokumentowanie zabiegu przetoczenia.

Informacje o zabiegu przetoczenia i powikłaniach poprzetoczeniowych

odnotowuje się w historii choroby, książce transfuzyjnej, karcie informacyjnej z leczenia szpitalnego pacjenta oraz w księdze raportów pielęgniarskich.

Wpisów w książce transfuzyjnej dokonuje pielęgniarka, przy czym każdy wpis musi być sprawdzony przez lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie i potwierdzony jego podpisem i imienną pieczęcią.

W leczeniu krwią i jej preparatami obowiązują zasady:

- przed przetoczeniem następuje oznaczenie grupy krwi chorego, za wiarygodny można uznać wyłącznie wynik badania grupy krwi wpisany w karcie identyfikacyjnej grupy krwi,
- przy przetaczaniu koncentratu krwinek czerwonych (KKCz), krwi pełnej konserwowanej (KPK) lub koncentratu granulocytarnego (KG), do banku krwi przekazuje się zamówienie indywidualne na krew i jej składniki oraz zlecenie wykonania próby zgodności wraz z odrębnie w tym celu pobraną próbką krwi od pacjenta,
- lekarz i uprawniona do tego pielęgniarka (położna), którzy dokonali oceny zgodności krwi lub jej składnika z biorcą, składają swój podpis na wyniku próby zgodności,
- godzinę rozpoczęcia przetoczenia zawartości każdego pojemnika należy wpisać w książce transfuzyjnej, w wyniku próby zgodności oraz w protokole znieczulenia ogólnego, jeżeli obowiązuje, a na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii – w karcie obserwacji,
- przetoczenie krwi lub jej składnika, z wyjątkiem KKP, osocza oraz krioprecypitatu, pobranych z banku krwi lub Centrum należy rozpocząć nie później niż w ciągu 30 minut od ich dostarczenia,
- przetoczenie KKP, rozmrożonego osocza oraz rozmrożonego krioprecypitatu należy rozpocząć niezwłocznie po ich otrzymaniu,
- pojedyncze jednostki krwi należy sukcesywnie pobierać z banku krwi,
- w wyjątkowych przypadkach, jeżeli przewiduje się, że czas do rozpoczęcia przetoczenia będzie dłuższy niż

- 30 minut, krew należy przechowywać w zwalidowanej chłodziarce, przeznaczonej wyłącznie do tego celu, w temperaturze od 2°C do 6°C, przy czym temperaturę w chłodziarce należy sprawdzać i zapisywać co najmniej 3 razy w ciągu doby (co 8 godzin),
- planowane przetoczenia powinny odbywać się w okresie pełnej obsady lekarzy i pielęgniarek (położnych) jednostki lub komórki organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego,
 - nie można przetaczać jednej jednostki krwi pełnej lub KKCz dłużej niż 4 godziny, a jednej jednostki KKP, osocza lub krioprecypitatu – dłużej niż 30 minut,
 - ogrzewanie krwi można przeprowadzać wyłącznie w specjalistycznym urządzeniu zaopatrzonym w termometr i system alarmowy; zaleca się ogrzewanie krwi do temperatury nie wyższej niż 37°C, w przypadku dorosłych – jeżeli szybkość przetoczenia przekracza 50 ml/min, dzieci – jeżeli szybkość przetoczenia przekracza 15 ml/min., noworodków – w przetoczeniu wymiennym, biorców z klinicznie znaczącymi przeciwciałami typu zimnego,
 - przez jeden zestaw można przetaczać, podczas jednego zabiegu, jedną jednostkę krwi lub jej składnika; zestaw należy zmienić również w przypadku, gdy po zakończonym przetoczeniu podaje się płyny infuzyjne,
 - po transfuzji pojemniki z pozostałością po przetoczeniu wraz z zestawami do przetoczenia opisane nazwiskiem i imieniem pacjenta oraz datą i godziną przetoczenia należy przechowywać w temperaturze od 2°C do 6°C przez 72 godziny w specjalnie do tego celu przeznaczonej chłodziarce, a następnie zutylizować w sposób uniemożliwiający pozyskanie danych osobowych pacjenta przez osoby nieuprawnione, pojemniki muszą być odpowiednio zabezpieczone przed rozlaniem i wtórnym zakażeniem, a chłodziarki przeznaczone do ich przechowywania muszą podlegać wstępnej i okresowej walidacji; pomiar temperatury w chłodziarce powinien być przeprowadzany co najmniej 3 razy w ciągu doby (co 8 godzin) i dokumentowany,
 - lekarz odpowiedzialny za przetoczenie powinien być obecny podczas rozpoczęcia przetoczenia zawartości każdego pojemnika z krwią lub jej składnikiem,
 - przed przetoczeniem, po 15 minutach od rozpoczęcia przetoczenia każdej

jednostki krwi lub jej składnika oraz po jego zakończeniu należy zmierzyć i zarejestrować ciepłotę ciała, tętno i ciśnienie tętnicze krwi pacjenta,

- lekarz odpowiedzialny za przetoczenie lub wyznaczona przez niego pielęgniarka (położna) oraz lekarz przejmujący opiekę nad pacjentem są obowiązani do obserwacji pacjenta podczas przetoczenia i przez 12 godzin po jego zakończeniu,
- pacjent na własną prośbę może być wypisany z podmiotu leczniczego przed upływem 12 godzin,
- pacjenta należy pouczyć o konieczności niezwłocznego zgłoszenia każdego niepokojącego objawu, a w szczególności dreszczy, wysypki, zaczerwienienia skóry, duszności, bólu kończyn lub okolicy lędźwiowej.

W przypadku wystąpienia u pacjenta objawów nasuwających podejrzenie wczesnego powikłania poprzetoczeniowego składnika krwi należy:

- niezwłocznie przerwać przetoczenie i powiadomić lekarza,
- odłączyć pojemnik ze składnikiem krwi wraz z zestawem do przetoczenia, utrzymując jednocześnie wkłucie do żyły i powoli przetaczać choremu – przez nowy sterylny zestaw – 0,9% NaCl do czasu wdrożenia odpowiedniego leczenia,
- zmierzyć pacjentowi ciepłotę ciała, tętno i ciśnienie tętnicze krwi.

W przypadku, gdy potwierdzi się podejrzenie, że objawy wskazują na ostre powikłanie poprzetoczeniowe należy niezwłocznie:

- sprawdzić dane na wszystkich pojemnikach z przetwarzanymi składnikami, wyniki próby zgodności i wynik grupy krwi pacjenta oraz dane identyfikujące pacjenta,
- pobrać próbki krwi od pacjenta z innego miejsca wkłucia niż miejsce, w którym dokonywano przetoczenia, w celu wykonania badań: immunohematologicznych w zakresie ustalonym z pracownią badań konsultacyjnych centrum, a w przypadku podejrzenia TRALI - w zakresie ustalonym przez jednostkę organizacyjną publicznej służby krwi, bakteriologicznych (na posiew); objętość próbki krwi i rodzaj pojemnika z podłożem bakteriologicznym określa pracownia bakteriologiczna wskazana przez centrum,
- powiadomić pracownię serologii lub immunologii transfuzjologicznej, która wykonywała badania przed przetoczeniem; pracownia kontroluje

dokumentację i ponownie wykonuje badania grupy krwi biorcy i krwi dobie-ranej do przetoczenia, a wyniki badań przekazuje do lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie,

- powiadomić właściwe Centrum, pod którego nadzór merytoryczny podlega terytorialnie dany podmiot leczniczy, w celu dalszego przeprowadzania badań oraz powiadomić Centrum, z którego otrzymano składniki krwi, jeżeli jest to inne Centrum niż właściwe,
- przesłać do działu immunologii transfuzjologicznej właściwego Centrum wszystkie próbki krwi pacjenta oraz krwi dobie-ranej do przetoczenia, znajdujące się w pracowni serologii lub immunologii transfuzjologicznej, próbki krwi pacjenta pobrane do badań serologicznych po przetoczeniu,
- przesłać do pracowni bakteriologicznej wskazanej przez właściwe Centrum pobrane po przetoczeniu próbki krwi pacjenta, wszystkie pojemniki z resztkami przetwarzanej krwi; pracownia bakteriologiczna po pobraniu z pojemników próbek krwi do badań przesyła pojemniki z resztkami przetwarzanej krwi do działu immunologii transfuzjologicznej właściwego Centrum,
- przesłać do właściwego Centrum zgłoszenie powikłania poprzetoczeniowego wypełnione przez lekarza odpowiedzialnego za przetoczenie.

Leczenie krwią i jej składnikami chociaż ratuje życie, jest obarczone ryzykiem powikłań, dlatego przed nim chory winien wyrazić zgodę na jego wdrożenie. Personel medyczny zaś musi być przeszkolony w zakresie niezbędnym do tego rodzaju świadczeń. Pielęgniarka (położna) jest zobowiązana do odbycia szkolenia w zakresie leczenia preparatami krwi, szkolenie takie jest powtarzane co 4 lata. Dokumentacja zaś procesu leczenia winna być przechowywana przez 30 lat. Szczegóły niewyjaśnione w tym artykule znajdują wyjaśnienie w Rozporządzeniu z 2012r. [3]. ■

Piśmiennictwo:

1. <http://www.darkrwi.info.pl/portall/pokaz/21/co-to-jest-krew-i-do-czego-sluzi.html>
2. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=m1&ms=&ml=pl&mi=209&mx=0&mt=&my=26&ma=02808>
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami.



Opieka pielęgniarska nad pacjentem po transplantacji komórek krwiotwórczych Część II

Opieka pielęgniarska nad chorym poddanym transplantacji komórek krwiotwórczych powinna mieć charakter całościowy i musi być oparta na bieżącym rozpoznaniu potrzeb i problemów pielęgnacyjnych. Tylko taka opieka zapewni choremu poczucie bezpieczeństwa, a wzajemne zaufanie i zrozumienie przyczynią się do zminimalizowania dolegliwości związanych z występującymi u pacjenta powikłaniami.



Ewa Mazur
Magister pedagogiki zdrowia
Licencjat pielęgniarstwa
Specjalistka z dziedziny Pielęgniarstwa Onkologicznego

Problemy pielęgnacyjne występujące u chorych po transplantacji komórek krwiotwórczych:

- Zmiany śluzówkowe w obrębie jamy ustnej i przełyku
- Zaburzenia ze strony układu pokarmowego
- Zmiany w okolicy odbytu i ujścia cewki moczowej
- Zakażenia
- Pancytopenia
- GvHD (choroba „przeszczep przeciwko gospodarzowi”)
- Izolacja i związane z nią problemy psychiczne
- Brak wiedzy na temat życia po transplantacji

Zmiany śluzówkowe w obrębie jamy ustnej i przełyku spowodowane są obniżeniem odporności w wyniku stosowanej chemioterapii i immunosupresji, mogą obejmować jamę ustną oraz cały przewód pokarmowy, powodując dyskomfort i dolegliwości bólowe. Pacjenci, którzy wcześniej przechodzili chemioterapię są przygotowani na wystąpienie tych objawów ubocznych, natomiast ci, którzy są przeszczepiani z powodu chorób nienowotworowych powinni zostać poinformowani o możliwości ich wystąpienia. Zapobiegawczo, już od pierwszych dni pobytu w oddziale, pacjenci otrzymują środki do dekontaminacji przewodu pokarmowego i płukania jamy ustnej, najczęściej są to: Biseptol, Nystatyna, szalwia, Oralsept itp. Do pielęgniarki należy dopilnowanie pacjenta, aby wykonywał toaletę jamy ustnej i pomoc w jej wykonaniu (w razie potrzeby) oraz częsta kontrola stanu śluzówek jamy ustnej. Do mycia zębów pacjenci powinni używać miękkich szczoteczek, które należy często zmieniać, a w czasie

kiedy zmiany w jamie ustnej nasilają się, wskazane jest mycie zębów gazikiem zawiniętym na palcu lub całkowite zaniechanie tej czynności. W tym czasie konieczne jest zwrócenie uwagi pacjenta na dietę. Spożywane posiłki nie powinny być zbyt zimne ani zbyt gorące, aby nie podrażniały śluzówek, należy unikać pokarmów twardych, a w razie potrzeby zastosować dietę papkową, płynną lub żywienie pozajelitowe. Przy zastosowaniu diety płynnej, można dać pacjentowi słomkę, aby pijąc, nie podrażniał śluzówek. Do płukania jamy ustnej w tym czasie wprowadza się mieszanki z fluconazolem i anestetyną, Nystatynę w zawiesinie, Polocainę, borax z gliceryną. Nystatynę w zawiesinie można zamrażać i dawać pacjentowi do ssania, podobnie jak kawałki ananasa, można tym uzyskać działanie odkażające, ale również i przeciwbólowe. Na ubytki śluzówek można zastosować Solcoseryl dental gel a na zmiany grzybicze żele przeciwgrzybicze. Nieocenioną rolę można przypisać 1% roztworowi fioletu gencjany, stosowany do pędzlowania jamy ustnej przynosi ulgę wielu pacjentom. Oprócz wszystkich wymienionych dolegliwości zapaleniu jamy ustnej towarzyszy ból, często wymagający podawania silnych środków przeciwbólowych z morfiną

włącznie. Zawsze należy próbować jak najdłużej utrzymać żywienie doustne, nawet w formie płynnej, ułatwia to późniejszy powrót do normalnego żywienia. Zlecane leki przeciwbólowe muszą być podawane regularnie, a czasami konieczne jest podanie dodatkowej dawki leku przed posiłkiem. Całe to działanie wspomagane jest antybiotykoterapią selektywną oraz lekami przeciwgrzybicznymi podawanymi doustnie.

Zaburzenia ze strony układu pokarmowego to głównie nudności, wymioty, utrata łaknienia, biegunki, zaparcia i czkawka. Dolegliwości te są ściśle związane z wcześniejszą wysokodawkową chemioterapią, ale niektóre z nich mogą także sugerować wystąpienie GvHD. Aby ulżyć pacjentowi, można mu zaproponować zmianę ułożenia, zalecana jest pozycja półsiedząca, siedząca lub boczna z nogami przyciągniętymi do klatki piersiowej. Z jadłospisu należy wyeliminować wszystkie pokarmy, które pobudzają nudności i wymioty, a posiłki, o ile są w ogóle możliwe, powinny być częstsze, w niewielkiej ilości, spożywane z przerwami, płyny należy popijać małymi łykami. Dla zapewnienia higieny, pacjent powinien mieć stały dostęp do ligniny, czystej miski nerkowatej, płynów do płukania jamy ustnej oraz czystej bielizny osobistej i pościelowej. Konieczna jest dokładna obserwacja ilości, jakości i częstości występujących wymiotów oraz biegunek. Przy utrzymujących się dolegliwościach należy prowadzić DBP, kontrolę parametrów oraz na zlecenie lekarza pobierać krew do badań kontrolnych, aby zapobiec niedoborom wodno-elektrolitowym. W niektórych przypadkach wprowadzona zostaje dieta biegunkowa lub dieta „0”. Jednocześnie przez cały czas należy pilnować regularności podawania zleconych leków przeciwwymiotnych, przeciwbiegunkowych i płynów nawadniających. W oddziałach przeszczepowych pacjent powinien mieć zawsze pod ręką coś do zjedzenia. W związku z występującymi powikłaniami pacjent je wtedy, kiedy ma na to ochotę, dlatego też zdarza się, że w środku nocy prosi pielęgniarkę, aby ugotowała mu kisiel lub podała biszkopty.

Zmiany w okolicy odbytu i cewki moczowej powstają w wyniku obniżenia odporności w skutek zastosowanego leczenia przygotowującego. Może pojawić się świąd, bolesność, obrzęk śluzówek, zaczerwienienie, krwawienie i zmiany grzybicze. Niestety te dolegliwości często są zgłaszane przez pacjentów stosunkowo późno, głównie z powodu tego, że się wstydzą. Pacjenci próbują sobie radzić

z nimi sami i dopiero, kiedy widzą, że jest coraz gorzej, decydują się powiedzieć o tym pielęgniarkę lub lekarzowi. Profilaktycznie pacjenci stosują chusteczki do toalety intymnej po każdym oddaniu moczu i stolca, a w razie potrzeby na zlecenie lekarza mogą być zastosowane maści przeciwgrzybicze, delikatne środki odkażające lub nasiadówki. Czasami może dojść do powstania przetok i ran, które wymagają pielęgnacji z zastosowaniem różnego rodzaju środków opatrunkowych aż do momentu możliwej ingerencji chirurgicznej. Ważne jest, aby nie dopuścić do zaparć, które mogą być przyczyną krwawień ze śluzówki lub żyłaków odbytu.

Zakażenia, które mogą się rozwinąć z powodu obniżonej odporności, stosowanej immunosupresji i antybiotykoterapii są niestety częstym powikłaniem występującym u chorych po przeszczepieniu komórek krwiotwórczych. Rola pielęgniarki w rozpoznawaniu pierwszych objawów zakażenia jest nieoceniona, ponieważ dzięki wnikliwej obserwacji pielęgniarskiej wiele z nich udaje się opanować dość wcześnie. Pacjent musi wiedzieć, że powinien bez zwłoki zgłaszać każdy wzrost temperatury, dolegliwości bólowe i inne. Duża rola w zapobieganiu zakażeniom u pacjenta przeszczepowego przypisywana jest personelowi pielęgniarskiemu, który wykonuje u pacjenta najwięcej czynności. Pacjent przebywa w pokoju jednoosobowym z węzłem sanitarnym, więc jego kontakt z innymi pacjentami jest praktycznie niemożliwy. Sprzęt taki jak słuchawki lekarskie, aparat do pomiaru RR i termometr są wyposażeniem każdego pokoju, po każdym użyciu należy je zdezynfekować. Leki doustne podawane są w kieliszkach jednorazowych, a stosowany sprzęt medyczny jest wyłącznie jednorazowego użytku. Ważne jest zachowanie regularności podawania wszystkich leków. Pacjenci po transplantacji mają pobierane posiewy z nosa, gardła i moczu jeden raz w tygodniu, a w dniu przyjęcia pobierany jest wymaz z odbytu.

Każdy pacjent ma założone wkłucie centralne, które od samego początku należy traktować jak potencjalne źródło zakażenia. Aby zminimalizować możliwość wystąpienia zakażenia, do zmiany opatrunku mocującego wkłucie centralne, wyznaczona jest jedna pielęgniarka. Opatrunki zmienia się raz w tygodniu, przeważnie w tym samym dniu, zakłada się kartę obserwacji wkłucia, w której należy każdorazowo opisać stan miejsca wkłucia oraz jego drożność. Do opatrunków stosuje się plastry przezroczyste, pod które czasem trzeba założyć jałowy gazik.

Pacjent w okresie pancytopenii może podkrwawiać z rany i nie jest możliwe wtedy utrzymanie opatrunku bez jałowego gaza. Zmiana opatrunku wykonywana jest również każdorazowo w przypadku jego przekrwienia lub poluzowania się plastra mocującego. W niektórych oddziałach nie praktykuje się mocowania wkłucia za pomocą nici chirurgicznych i tam konieczna jest jeszcze dokładniejsza kontrola stanu opatrunku, aby nie doszło do wysunięcia się wkłucia. Do pielęgniarki należy również obowiązek kontroli drożności wkłucia i jego przepłukiwanie przynajmniej 3 razy dziennie 10 ml 0,9% NaCl z 100j Heparyny (na jedno odprowadzenie). Przed każdym użyciem wkłucia należy zdezynfekować jego odprowadzenia, czynność tę trzeba powtórzyć przed zabezpieczeniem odprowadzenia jałowym koreczkiem. Manipulacje przy wkłuciu centralnym należy ograniczyć do koniecznego minimum.

Jeżeli pomimo stosowania wszystkich środków ostrożności dojdzie u pacjenta do wystąpienia zakażenia którymś z alert patogenów należy zrobić wszystko, aby nie przenieść go dalej. Przed wejściem na salę pacjenta zakłada się jednorazowy fartuch ochronny, rękawice i maskę. Bielizna pacjenta pakowana jest w osobne worki i opisywana jako bielizna skażona. Stosuje się antybiotykoterapię selekcyjną zgodnie z antybiogramem, sukcesywnie kontrolowane są posiewy. Do mycia i dezynfekcji sali stosuje się naprzemiennie różne środki zgodnie z przeznaczeniem. Po wypisie pacjenta sala jest dokładnie myta, zdezynfekowana i pobierane są z niej posiewy czystościowe. Przyjęcie następnego pacjenta możliwe jest dopiero po uzyskaniu pozytywnego wyniku pobranych posiewów.

Pancytopenia to obniżenie się wartości głównych składników krwi: leukocytów, płytek krwi, erytrocytów na skutek toksycznego działania zastosowanego leczenia. Rolą pielęgniarki jest obserwacja objawów wskazujących na występowanie wartości krytycznych np: siniaki, wybroczyny krwawe, krwawienia, bóle głowy, ucisk w klatce piersiowej itp. i zgłaszanie ich lekarzowi. Pacjenci po transplantacji komórek krwiotwórczych wymagają częstych substytucji KKCz, KKP a niekiedy nawet Osocza krwi. Każde przetoczenie musi być dokładnie odnotowane w dokumentacji chorego a obserwacja poparta odnotowaniem parametrów w karcie przetoczenia.

GvHD – choroba przeszczep przeciw gospodarzowi. Pierwsze objawy mogą się pojawić około 14 dni po transplantacji.

Na skórze twarzy, dekoltu, dłoni, uszu a później na całym ciele może wystąpić rumień i swędzenie. Objawy te są prawidłową reakcją na wszczep i mogą być przejściowe, ale niestety mogą też się nasilić. Rumień może przejść w drobną swędzącą wysypkę obejmującą całe ciało. Pielęgniarka, która jest zawsze blisko pacjenta musi obserwować stopień nasilenia wysypki i swędzenia. Na zlecenie lekarza podaje pacjentowi maść chłodzącą ze sterydem i pomaga mu nanieść ją na zmienione chorobowo miejsca. Należy zawsze pamiętać, że, aby osiągnąć najlepszy skutek, maść po jej użyciu należy przechowywać w lodówce. Skóra pacjenta jest sucha i bardzo podatna na uszkodzenia, dlatego też do kąpieli należy stosować środki nawilżające np. Balneum, a bezpośrednio na skórę – oliwki, delikatne balsamy nawilżające, na usta zaś maści z witaminą A i E. Ubrania pacjenta powinny być delikatne, miękkie i przewiewne, aby nie nasilały swędzenia, konieczne jest dopilnowanie częstej zmiany bielizny osobistej i pościelowej. Pacjent w tym okresie może zgłaszać suchość i pieczenie gałek ocznych, dolegliwości te można złagodzić, stosując krople nawilżające do oczu w czasie dnia i żel na noc. Ważne jest, aby pacjent nie drapał swędzących miejsc, ponieważ może dojść do uszkodzenia naskórka a nawet głębszych warstw skóry, co grozi zakażeniem. Oprócz maści chłodzącej ze sterydem pacjent na zlecenie lekarza otrzymuje sterydy dożylnie. Dawka sterydu jest ustalana na podstawie nasilenia objawów i często jest korygowana. Ścisłej kontroli podlega także poziom Cyclosporyny.

Niestety pomimo stosowanych środków zapobiegawczych zmiany na skórze mogą postępować. W miejsce wysypki pojawiają się pęcherze, które pękają i zaczynają śczyć, powoli zaczynają schodzić całe płatki naskórka, odsłaniając głębsze warstwy skóry, pacjenta zaczyna wszystko urażać, coraz bardziej cierpi. Na sączące miejsca stosujemy różnego rodzaju opatrunki absorbujące wydzielinę i chroniące uszkodzone miejsca przed zakażeniem. Do mycia ciała stosuje się delikatne środki odfekające, ciało osusza się gazą, lekko dotykając. Uszkodzony naskórek nie stanowi ochrony i nawet najdelikatniejszy dotyk może sprawić pacjentowi ból, dlatego też konieczne jest stosowanie leczenia przeciwbólowego, ściśle według zleceń lekarza. Wraz ze wzrostem leukocytów dolegliwości zmniejszają się, a uszkodzony naskórek zaczyna się regenerować.

Izolacja i związane z nią problemy psychiczne pacjentów. Transplantacja

komórek krwiotwórczych jest dla pacjenta szansą, ale też wielkim obciążeniem psychicznym, pacjent do końca nie jest pewien, czy dobrze zrobił, wyrażając zgodę na zabieg przeszczepienia. Pierwsze wątpliwości pojawiają się już w momencie przyjęcia na oddział. Pacjent w trakcie wykonywania przez pielęgniarkę czynności związanych z przyjęciem zachowuje się niespokojnie, boi się rozstania z rodziną, czasem głośno wyraża swoje niezadowolenie z różnego powodu. Pielęgniarka musi wykazać się wielkim zrozumieniem i cierpliwością, dokładnie tłumacząc mu swoje czynności związane z przygotowaniem jego rzeczy osobistych do wniesienia na strefę jałową. Postawa pielęgniarki jest bardzo ważna, ponieważ od niej zależy, czy zdobędziemy zaufanie pacjenta i jego rodziny. Pacjent musi czuć, że trafia w bezpieczne miejsce, a jego choroba nie będzie tutaj tylko jego problemem. Rodzina uzyskuje od pielęgniarki wszystkie informacje dotyczące sposobu kontaktu z pacjentem, jego diety oraz odpowiada na wszystkie pytania dotyczące pobytu w oddziale a następnie następuje moment pożegnania, kąpiel dezynfekcyjna i przejście do strefy jałowej. Wszystkie pokoje w oddziale są jednoosobowe z pełnym węzłem sanitarnym, wyposażone w filtry Hepa. Kontakt z rodziną i znajomymi jest możliwy tylko za pomocą systemu audiowizualnego lub telefonu. Telewizor, radio, personel oddziału i okno, którego nie można otwierać, umożliwiają jedyny kontakt ze światem zewnętrznym. Pacjent przebywa w oddziale przeszczepowym około 40 dni, jego sytuacja zdrowotna do końca jest niepewna, raz jest gorzej a raz lepiej, jego myśli krążą cały czas wokół tego, czy będzie im dane jeszcze raz otworzyć i zamknąć drzwi oddziału, ale tym razem z drugiej strony. Dodatkowo sytuację pogarsza fakt, że mimo ograniczonych możliwości pacjenci utrzymują kontakty pomiędzy sobą i to, że komuś się nie udało nie pozostaje dla nich tajemnicą.

Pielęgniarka jest tą osobą, która zawsze jest najbliżej chorego, dlatego tak ważne jest zaufanie, tylko zaufanej osobie pacjent jest w stanie powiedzieć, co się z nim dzieje i jakie ma wątpliwości. Czasem wystarczy tylko uważnie wysłuchać, innym razem potrzebna jest szczerza rozmowa i zrozumienie, aby pacjent nabrał wiary w siebie i w sens dalszego życia.

Brak wiedzy na temat życia po transplantacji. Pielęgniarka jest osobą, z którą pacjent ma stały kontakt i to na niej spoczywa obowiązek przekazania mu informacji dotyczących życia po transplantacji. Każda sala wyposażona jest w Poradnik

dla pacjenta po transplantacji komórek krwiotwórczych, ale zawarte tam informacje nie zawsze są dla wszystkich zrozumiałe. Pacjent ma czas, aby podczas pobytu w oddziale dokładnie zapoznać się z poradnikiem i w razie potrzeby uzyskać dokładniejsze wyjaśnienie problemu od personelu oddziału. Oprócz wskazówek dietetycznych poradnik zawiera informacje o konieczności systematycznego zażywania Cyclosporyny, wizyt kontrolnych w poradni poprzyszczepowej i przybliża pacjentom problematykę obserwacji samego siebie. Pacjent i jego rodzina zawsze mogą liczyć na pomoc specjalistów w godzinach pracy Poradni, telefoniczną konsultację przez całą dobę lub hospitalizację w razie pogorszenia stanu zdrowia.

Praca w oddziale transplantacji komórek krwiotwórczych jest dla pielęgniarki ogromnym wyzwaniem i może przynieść wiele satysfakcji i zadowolenia. Pacjent przebywa w oddziale około 40 dni, przez ten czas ma wykonywanych wiele badań i zabiegów, przed transplantacją otrzymuje mega chemioterapię, a później walczy z wieloma powikłaniami, bo tak naprawdę może wydarzyć się wszystko. Każdy pacjent jest inny, każdy z nich inaczej przechodzi leczenie, transplantację i powrót do zdrowia, jeden wymaga więcej a drugi mniej opieki, ale każdy z nich dostarcza tyle samo radości personelowi w dniu, w którym zamyka drzwi oddziału z drugiej strony witany przez najbliższych.

Praca napisana na podstawie doświadczeń Autorki. ■

O Autorce:

W latach 2005 - 2013 członek EBMT Nurses Group (Europejska Grupa Przeszczepowa)

W latach 2006-2009 członek Komitetu Naukowego Konferencji EBMT Nurses Group (European Group for Blood and Marrow Transplantation),

W latach 2009-2011 członek European Nursing Advisory Board MDS,

Udział w badaniach międzynarodowych przeprowadzanych w oddziałach przeszczepów komórek krwiotwórczych, których wynikiem są publikacje w zagranicznych czasopiśmie (European Journal of Oncology Nursing, Bone Marrow Transplantation Journal of Clinical Nursing) oraz plakaty wystawiane podczas konferencji EBMT.

Udział w licznych konferencjach krajowych i zagranicznych.

Wypalenie zawodowe a stosunek do śmierci



Wojciech Nyklewicz

Foto: Maciej Krajewski

Tworzenie pozytywnego wizerunku własnego starzenia się, kresu życia i umierania może chronić pielęgniarke przed wypaleniem zawodowym „tu i teraz”. Jednak przeszkodą w jego utworzeniu mogą być nasze nieświadomione negatywne przekonania.

Każdy człowiek ma jakiś pogląd na śmierć – generalnie, pozytywny lub negatywny. Jeśli staramy się unikać myślenia i rozmawiania o śmierci – może to świadczyć o bardzo negatywnym stosunku do umierania. Wiele ludzi mówi: „Śmierć jest straszna”, „To najgorsza rzecz, jaka może się przydarzyć”, „Śmierć, to ból i cierpienie”. Słowa, określające charakter śmierci, są wyznaniem głębokiej wiary w to, że jej obraz jest straszny, najgorszy i połączony z bólem i cierpieniem. Jest to jednocześnie deklaracja naszego osobistego planu umierania, który możemy zrealizować u kresu życia na zasadzie przepowiedni samospełniającej się. I jest to jednocześnie przejaw głębokiego lęku przed śmiercią w ogóle. Taki bagaż negatywnych przekonań kulturowych wywołuje w pielęgniarkach smutek, żal po stracie, a nawet niepokój i lęk, pojawiające się w każdej sytuacji umierania pacjenta czy dowiedzenia się o czyjejs śmierci. Te stany emocjonalne „psują” aktualną jakość życia. W dłuższej perspektywie i w sytuacji częstego umierania chorych, taki system przekonań prowadzić może do wypalenia zawodowego, rozumianego jako nasilające się [1]: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja i obniżony poziom osobistych dokonań. Po prostu, zużywamy się szybciej i intensywniej, niż wynikałoby to z realnej siły zagrożeń środowiska pracy i życia. Starzejemy się szybciej, niż nasi rówieśnicy, pracujący w innych zawodach. Mało tego, starzejemy się szybciej niż wskazywałby na to wiek metrykalny. Lecz nie zużywamy się szybciej dlatego, że w naszym otoczeniu zawodowym ludzie umierają zdecydowanie częściej niż w innych miejscach. To właśnie nasze osobiste przekonania o śmierci, czyli nieświadome „programy” służące do interpretowania otaczającej rzeczywistości, każą nam myśleć o umieraniu w sposób negatywny. A negatywne myśli są źródłem

negatywnych uczuć i stresu, który zatruwa nas nadmiarem niepotrzebnej adrenaliny.

Oczywiście, jest to duże uproszczenie, bo czynników zagrażających naszej psychofizycznej i duchowej integralności jest znacznie więcej. Należą do nich choćby: niewłaściwy sposób odżywiania się, praca zmianowa zaburzająca biorytm czy też nikotynizm i alkoholizm, a nawet demoralizujący wpływ złej jakości międzyludzkich relacji oraz epatowanie przemocą w środkach masowego przekazu i za pomocą dzieł sztuki.

Mechanizm wpływu przekonań o śmierci na nasze zdrowie i życie można porównać do funkcjonowania komputera. Przekonania, to takie „programy” służące do rozpoznawania, zarządzania i interpretowania danymi, które wprowadzamy do komputera. Określony rodzaj oprogramowania umożliwia przetwarzanie określonych danych. Gdy na twardym dysku nie ma odpowiedniego oprogramowania, wówczas wprowadzone pliki określonego typu są nieczytelne dla komputera. Albo, mając starszą wersję programu, nie możemy skorzystać ze wszystkich funkcjonalności pliku, utworzonego w nowszej wersji programu.

Dość podobnie działa ludzki umysł. Z całości otaczającej nas rzeczywistości oddziałują na nas absolutnie wszystkie bodźce, lecz rejestrujemy i interpretujemy tylko te, które dadzą się wprowadzić do naszego mózgu za pomocą receptorów i które dadzą się przetworzyć przy użyciu właściwego „programu” (systemu przekonań). Jakość naszej reakcji na bodziec zależy od możliwości osobistego „oprogramowania”, czyli w tym przypadku od systemu przekonań. Dlatego jedni ludzie na słowo „śmierć” reagują spokojem (jest ich mniej), inni – niepokojem, smutkiem i lękiem. Skąd te różnice?

Ze względu na efektywność przekonań, podzielono je na konstruktywne i destrukcyjne. Destrukcyjne przekonania o śmierci są to „programy” służące do negatywnego interpretowania słowa „śmierć” oraz oznak umierania. Automatycznie wywołują one negatywne uczucia, a te z kolei motywują do unikania rozmów o śmierci oraz unikania człowieka umierającego lub też skłaniają do czynnego przeciwdziałania śmierci i umieraniu. W badaniach dowiedziono, że mechanizm unikania jest dominującym sposobem radzenia sobie pielęgniarce z wypaleniem zawodowym [2], lecz jednocześnie nie jest

on skuteczną metodą ochrony przed przeżywaniem stresu i pogorszeniem się stanu zdrowia.

Przekonań uczymy się w toku osobniczego życia od naszych rodziców i innych osób znaczących, czyli od osób bliskich, rówieśników, nauczycieli, bohaterów literackich, celebrytów, polityków i przywódców religijnych. Rodząc się w określonym miejscu na świecie, włączamy się do panującego tam systemu kulturowego i przejmujemy z niego aktualnie dostępne „oprogramowanie”. Konstruktywnymi i destrukcyjnymi przekonaniami „zarażamy się” w równym stopniu, choć warunkiem sprzyjającym przyjmowaniu za własne określonych poglądów na śmierć jest uznawanie kogoś za autorytet. Wtedy zapadają one głęboko w naszą podświadomość i skrycie kierują naszymi zachowaniami, dzięki czemu nie musimy ciągle myśleć, jak zachować się w danej sytuacji. Po prostu, żyjemy na „automatycznym pilocie”, a przez to oszczędzamy czas i energię, którą zużylibyśmy na ewentualne analizowanie sytuacji. Oznacza to, że myślimy, czujemy i zachowujemy się nawykowo w sytuacjach typowych.

Przekonania o sobie samym, o innych ludziach, o otaczającym nas świecie, o systemie wartości, wreszcie o umieraniu i śmierci powinny ułatwiać nam życie i czynić nas optymistami – tak dzieje się w przypadku osób „oprogramowanych” konstruktywnymi przekonaniami. Pesymiści zaś zmuszeni są do interpretowania tej samej rzeczywistości, używając destrukcyjnych przekonań. Ich myśli i uczucia są negatywne, a zachowaniami są głównie unikanie lub atak.

Według Maxie C. Maultsby'ego zdrowe, konstruktywne przekonania „są oparte na oczywistych faktach; chronią nasze życie i zdrowie; pomagają osiągać bliższe i dalsze cele; pomagają unikać najbardziej niepożądanych konfliktów z innymi lub je rozwiązać; pomagają nam czuć się tak, jak chcemy się czuć bez nadużywania leków, alkoholu czy innych substancji” [3]. Generalnie, można powiedzieć, że mając zdrowe przekonania, jesteśmy zdrowi i tym samym nie narażamy się na specyficzny rodzaj zagrożeń, które sami sobie stwarzają ludzie o destrukcyjnym systemie przekonań. W tym kontekście, negatywne uczucia wobec śmierci i umierania, choć dość powszechne wśród Polaków, to jednak świadczą one o niskim poziomie zdrowia.

Podobnie jak oprogramowanie komputera, tak i system przekonań człowieka ulega stałej aktualizacji, podlega modyfikacjom i można go znacząco zmieniać. Innymi słowy, można nauczyć się nowego sposobu interpretowania otaczającej rzeczywistości,

jeśli ten aktualny utrudnia nam życie i pogarsza samopoczucie i stan zdrowia. Chodzi o to, aby ten nowy system przekonań wywoływał pozytywne uczucia i pozwalał podejmować skuteczne działania. Oczywiście, na każdym etapie życia możemy „zarażać się” od innych ludzi destrukcyjnymi przekonaniami albo też możemy utrwać ten system, którym dysponujemy. Jednak, jako osoby dorosłe, jesteśmy zobowiązani do samowychowania, autoterapii i całkowitej odpowiedzialności za swoje życie, zdrowie, chorowanie, zdrowienie i umieranie. Gdy zabraknie nam odpowiednich zasobów, aby osiągać stany psychofizyczne i duchowe bardziej złożone, w każdej chwili możemy skorzystać z pomocy profesjonalistów, np. w zakresie zmiany systemu przekonań na bardziej zdrowy – konstruktywny. Temu celowi może służyć autoterapia (biblioterapia właściwej lektury i stosowanie się do przeczytanych zaleceń), uczestniczenie w edukacji i stosowanie zalecanych sposobów postępowania oraz treningi psychologiczne i terapia własna.

Zamiana destrukcyjnych przekonań o śmierci na konstruktywne sposoby myślenia o niej jest procesem długotrwałym i wymagającym tak samo dużego zaangażowania i pracy, jak uczenie się nowych umiejętności. Po prostu musimy mieć czas na wytworzenie nieświadomych nawyków pozytywnego myślenia o śmierci i reagowania na nią pozytywnymi uczuciami w miejsce dotychczasowych negatywnych poglądów. Jest to proces reedukacji, w przebiegu którego możemy całkowicie przebudować swój pogląd na śmierć i pozbyć się negatywnych uczuć związanych z umieraniem. Lecz nie zawsze jest on łatwy do przeprowadzenia, ponieważ stare „oprogramowanie” posiada szereg zabezpieczeń przed usunięciem go z naszej mentalności.

Przystępując do przeprowadzenia zmian, dobrze jest uświadomić sobie własne przekonania i zbadać je za pomocą pomocniczych pytań, które pozwolą określić, czy dane przekonanie jest konstruktywne, czy destrukcyjne. Na kartce papieru należy wypisać wszystkie myśli, kojarzące się ze słowem „śmierć”. Każde z zapisanych krótkich zdań należy zbadać przy użyciu Metody Kontroli Przekonań wg C. M. Maultsby'ego [4]:

- Czy to przekonanie pomaga ci chronić życie i zdrowie?
- Czy pozwala ci osiągnąć bliższe i dalsze cele?
- Czy pozwala ci rozwiązywać albo unikać większości niepożądanych konfliktów? (czy dotyczą one tylko ciebie samego, czy także innych ludzi?)

- Czy pomaga ci czuć się tak, jakbyś chciał?
- Czy moje przekonanie ma oparcie w faktach?

Jeśli na co najmniej 3 pytania padły odpowiedzi „tak”, to oznacza, że dane przekonanie jest konstruktywne i nie trzeba go zmieniać. Natomiast pozostałe mogą być źródłem emocjonalnego cierpienia i dlatego powinny być przekształcone.

W trakcie zajęć warsztatowych o śmierci i umieraniu uczestnicy samodzielnie konstruują zestawy przekonań, które mogłyby włączyć do osobistego systemu poglądów na śmierć. Oto przykłady takich nowych myśli: „Śmierć to fantastyczna przygoda”, „Śmierć to droga w nieznaną”, „Śmierć to spotkanie z bliskimi i wspólna z nimi wędrówka”, „Śmierć to wspaniały dar”, „Śmierć to zanurzenie w Miłości”. Jednak ich autorzy nie zawsze zgadzają się z ich treścią, choć zawsze są zaskoczeni, co świadczyć może o dużym dysonansie poznawczym, który może wprowadzić wątpliwość co do słuszności starych przekonań. Z całą pewnością może być to początek zmian na lepsze, jednak wszystko zależy od indywidualnych wyborów. Generalnie, wszystkie cytowane myśli, zdaniem osób mających konstruktywny system przekonań o śmierci, są uważane za pozytywne.

Wiele osób podejmuje próbę „wyleczenia się” z negatywnych przekonań o śmierci i pozbycia się związanego z nią lęku i zwieńcza ten proces sukcesem. Są też i tacy, którzy ostro sprzeciwiają się zmianom, twierdząc, że brak żalu, przygnębienia i lęku przed śmiercią jest nieprzyzwoitością, świadcząca o braku ludzkich odruchów. Oczywiście, mają prawo tak myśleć i czynić z własnym życiem i zdrowiem, co chcą, lecz nie wolno im potępiać innych, którzy podejmują trud zdrowienia w kulturowym kontekście. Każdy człowiek ma wolny wybór, jaką podążać drogą do kresu swojego życia i jak dokonać żywota. Każdy człowiek ma prawo chronić się przed wypaleniem zawodowym dostępnymi metodami, które nie szkodzą innym. ■

Piśmiennictwo:

1. Iskra-Golec I., Costa G., Folkard S. i wsp.: *Stres pracy zmianowej, przyczyny, skutki, strategie przeciwdziałania. TAiWPN Uniwersytas. Kraków, 1998.*
2. Beisert M.: *Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarów. [W:] Sęk H. (red.): Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. 2004, Warszawa PWN.*
3. Maultsby M.: *Racjonalna terapia zachowania. Wydawnictwo Wulkan, 2008.*
4. Simonton O. C.: *Powrót do zdrowia. Wydawnictwo RAVI, Łódź, 1998.*

O formach współpracy agentów firm odszkodowawczych z personelem szpitala

Na przestrzeni ostatnich lat grono moich znajomych powiększyło się o kilka osób pracujących w dość znanej firmie zajmującej się pomocą poszkodowanym w wyniku wypadków (głównie komunikacyjnych) przy pozyskiwaniu odszkodowań za uszczerbek na zdrowiu bądź zadośćuczynienia z tytułu śmierci bliskiej osoby z OC sprawcy zdarzenia. Dlaczego o tym wspominam?

Od 1 października 2012 r. zaczęłam studiować pielęgniarstwo. W toku zajęć akademickich byłam powoli wprowadzana w świat zasad oraz wartości, jakie powinny cechować przyszłych adeptów tego zawodu. Im głębiej wdrażałam się w tę tematykę, tym mocniej wyłaniały się z mojej pamięci liczne rozmowy prowadzone przy okazji spotkań (głównie mających na celu zwerbowanie mnie do współpracy) z wyżej wymienionymi agentami firmy odszkodowawczej. W związku z powyższym, chciałabym podzielić się pewną refleksją, jaka się we mnie zrodziła odnośnie postaw, jakie powinna przyjmować pielęgniarka oraz działaniami podejmowanymi przez agentów w obrębie placówek służby zdrowia.

Warto w tym miejscu zaznaczyć, że zarówno w zawodzie pielęgniarki jak i w firmach odszkodowawczych praca oraz podejmowane decyzje powinny być oparte na normach zawartych w kodeksie etycznym. Z opowiadań agentów wiedziałam, iż tak, jak pracowników służby zdrowia, tak i ich dotyczy obowiązek przestrzegania tajemnicy zawodowej odnośnie ujawniania danych klienta. Jednakże przez praktyki znajomych oraz dość dobrze obrazujących zjawisko opowieści mogę śmiało stwierdzić, iż teoria, jak to często bywa w zderzeniu z brutalną rzeczywistością

i praktykowanym coraz częściej na naszym rynku pracy „wyścigiem szczurów” pacyfikowana jest przez chęć poprawienia swoich warunków materialnych i bytowych.

Na szkoleniach uczono przyszłych agentów, w jaki sposób pozyskiwać dane potencjalnych klientów. Proponowane praktyki nie miały jednak wiele wspólnego z prezentowanym kodeksem etycznym. Sugerowano, że najlepszymi „współpracownikami” dla agenta są przede wszystkim pielęgniarki, lekarze, ratownicy medyczni, policjanci, pracownicy zakładów pogrzebowych oraz warsztatów samochodowych, gdyż to oni pierwsi mają kontakt z poszkodowanymi. Firmie zależało przede wszystkim na ilości klientów, których odszkodowania przekładały się na prowizje zależne od wysokości pozyskanej kwoty oraz ilości zgłoszonych spraw. Dopinguowano do konkurowania z innymi agentami nagradzając najlepszych

pracowników dodatkowymi premiami. Osoby, z którymi dane mi było rozmawiać otwarcie przyznawały się do współpracy przede wszystkim z pielęgniarkami pracującymi w szpitalach. Za każdą informację o potencjalnym kliencie – w zależności od rodzaju wypadku – były przez agentów nagradzane pewną kwotą pieniędzy (od 50 do 150 zł). Do najczęstszych praktyk należy umieszczanie ogłoszeń kierowanych do pielęgniarek na portalach internetowych. Wielu agentów osobiście przychodzi do szpitali otwarcie proponując możliwość łatwego zarobku sugerując, iż ich pensje nie są adekwatne do wykonywanej przez nie pracy, więc nie będzie niczym złym pozwolić sobie na mały zastrzyk gotówki. Trzeba wspomnieć, że agenci często uczeni są odpowiednich technik manipulacji i perswazji, które przydają się nie tylko w rozmowach przy pozyskiwaniu współpracowników, ale przede wszystkim w kontaktach z potencjalnymi klientami.

Można w tym momencie na chwilę spróbować wczuć się w sytuację osoby poszkodowanej w wyniku wypadku, która trafia do szpitala przerażona, obolała, szukająca pomocy i wsparcia w traumatycznym momencie swojego życia, kiedy to na salę chorych przychodzi po kilku godzinach od chwili zdarzenia miły, elegancko ubrany agent wypytujący z troską w głosie o stan zdrowia, sytuację rodzinną, a po chwili artykułujący cel swojej wizyty, recytując przy tym motto firmy oraz poddający do podpisania plik dokumentów upoważniających instytucję, dla której wykonuje zlecenia do dochodzenia roszczeń w imieniu pacjenta, który zazwyczaj je wypełnia dla „świętego spokoju”. Z czasem rodzą się pytania odnośnie tego, skąd ten człowiek znał moje dane, dlaczego przyszedł do tego szpitala, w końcu, kto mógł powiedzieć, w jakiej sytuacji się znajduję? Być może pacjent zacznie szukać odpowiedzi. A jeżeli będzie się domyślał? Czy straci zaufanie do szpitalnego personelu? Co się stanie, gdy zażąda wyjaśnienia sprawy? Te i wiele podobnych pytań można tu postawić. Najważniejsze powinno brzmieć jednak nieco inaczej. Czy za większą wartość uważam przestrzeganie kodeksu etycznego działając dla dobra pacjenta, zapewnienia mu intymności i poszanowania jego praw, czy jednak chęć dodatkowego zysku, który nie wymaga dużego nakładu pracy będzie we mnie silniejsza? ■

Magdalena, studentka I roku pielęgniarstwa na Uniwersytecie Medycznym w Lublinie



Świat wartości zawodowych i życiowych



Agnieszka Herzig

Świat wartości zawodowych i życiowych właściwie powinien być spójny, ale czy faktycznie do końca możemy to w każdym momencie pogodzić? Czy i jak często zdarza nam się w zawodowych sytuacjach nie do końca zgadzać z wymaganym postępowaniem.

Nasze wartości wyniesione z domu i nabyte w dojrzwaniu socjalnym mają wpływ nie tylko na postawy w życiu prywatnym, ale i zawodowym. Wartością nadrzędną jest tutaj dobro pacjenta i bezsprzecznie tak powinno być, ale wiemy wszyscy, że czasami jest trudno.

Wczoraj na moim nocnym dyżurze urodziło się dziecko, które matka zdecydowała się anonimowo, tak jak jest to jej prawnie zapewnione, oddać do adopcji. Na „drabinie” moich wartości dobro dziecka stoi bardzo wysoko i nie mam prawa do osądzania decyzji tej kobiety – na pewno bardzo trudnych. Mój obowiązek dobrego opiekowania się nią w czasie porodu i towarzyszenia jej w tej na pewno dla niej trudnej chwili rozstania z dzieckiem był dla mnie trudnym zadaniem.

Dla mnie samej osobiście podjęcie takiej decyzji byłoby wykluczone, a mimo wszystko zawodowe obowiązki często mnie z podobnymi sytuacjami konfrontują. Fakt, że na to dziecko czekają inni, bezdzietni rodzice jest pozytywnym aspektem, realnym dobrym rozwiązaniem dla kobiet w trudnych życiowych sytuacjach.

Takich i podobnych sytuacji na pewno wszyscy mamy dużo, trudnych pytań dotyczących pacjentów terminalnie chorych, kobiet noszących terminalnie chore dzieci i innych jest w naszej rzeczywistości zawodowej coraz więcej. Czy umiemy sobie z nimi radzić, czy te moralne i etyczne pytania znajdują miejsce w naszym kształceniu? Jak często zdarza nam się o tym rozmawiać w środowisku zawodowym? To pytania dla mnie retoryczne – odpowiedź jest jedna – mało, za mało!

Będąc parę dni temu na Konferencji zorganizowanej przez zespół ds. Położnych przy Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych w Katowicach i Oddział Wojewódzki Polskiego Towarzystwa Położnych w Katowicach okazało się, że podobne trudne pytania nurtują wiele z nas.

Z inicjatywy między innymi Anny Stachulskiej przewodniczącej oddziału wojewódzkiego Towarzystwa Położnych, ukaże się poradnik dla położnych zatytułowany „Trudne rozmowy”.

Wszystkim szukającym odpowiedzi na trudne dotyczące naszego zawodu pytania polecam kontakt www.polozne.katowice.pl gdzie w najbliższym czasie będzie można otrzymać to cenne wydawnictwo.

Jak ważną wartością jest dobra komunikacja wiemy wszyscy więc starajmy się dbać o nią na każdym kroku w naszym zawodowym i prywatnym życiu. Nadszedł wreszcie piękny czas wiosny, słońce i ciepło pozwoli na więcej relaksu na świeżym powietrzu i spacerów. Nie zapominajmy jaką wielką wartością jest nasze zdrowie i zadbajmy o nie najlepiej jak potrafimy.

W tym wiosennym nastroju pogody ducha i pozytywnego nastawienia do życia, pozdrawiam wszystkich naszych czytelników.

Kasia Pawłowska

Od dziecka uczymy się, co jest dobre a co złe. Co należy doceniać i pielęgnować a co powinniśmy zwalczać. Życie według hierarchii wartości pomaga przy wyborach życiowych. Nasze wartości zmieniają się w życiu pod wpływem przeżyć i osób, które nas otaczają. Czasem zmiany następują na lepsze, czasem niestety na gorsze. Bez wątpienia, każdy z nas poszukuje odpowiedzi czy hierarchia wartości według której żyjemy jest prawidłowa?

Praca pielęgniarki to zawód nierozdzielnie połączony z kontaktami z drugą osobą. Obserwujemy różne podejście zespołu interdyscyplinarnego do chorego i jego rodziny. Czasem zauważamy zachowania innych ludzi i je komentujemy. Szukamy w takich sytuacjach odpowiedzi na pytanie: co ja bym zrobiła w tej konkretnej sytuacji? Z całą pewnością ta ocena jest zawsze związana z naszym światem wartości oraz zasadami, którymi kierujemy się w naszym życiu.

Dotyczy to również naszych koleżanek i kolegów w pracy, stąd niejednokrotnie musimy się tłumaczyć przed pacjentem za współpracowników, którzy kierują się w pracy innymi priorytetami.

Jestem osobą szczęśliwą, gdyż jestem wierna mojemu światu wartości dlatego też wstaję każdego dnia rano i śmiało patrzę na siebie w lustro. Czego Wam również życzę.

Katarzyna Trzpiel

Mój świat wartości zarówno tych z życia prywatnego, jak i zawodowego może wydawać się z innej epoki. Lubię zapomniane przez wielu ludzi słowa i to, co za sobą niosą – godność, szacunek, prawość, troskliwość, bezinteresowność.

Jestem przekonana, że nie da się odzielić wartości życia prywatnego od wartości życia zawodowego, nie tylko w pielęgniarstwie, ale w każdym zawodzie. Ostatnio świat się skomplikował i komplikuje się coraz bardziej. To, co

jeszcze niedawno było czarne lub białe zaczyna nabierać różnych odcieni szarości. W wielu dziedzinach pojawiają się kontrowersyjne rozwiązania, podobnie jest w medycynie i pielęgniarstwie.

Dobro pacjenta najwyższym prawem. A co w sytuacji, gdy dobro pacjenta kłóci się z przekonaniem pielęgniarki?

Przede wszystkim nie szkodzić. Ale co w sytuacji, gdy nie możemy zapewnić choremu należytego traktowania,

pielęgowania i leczenia z przyczyn od nas niezależnych?

Nie jest łatwo być pielęgniarką XXI wieku i nie jest łatwo pogodzić system wartości przypisywanych naszemu zawodowi od wieków z wyzwaniami, które pojawiają się w naszych czasach. Dlatego tym ważniejszy wydaje się nasz wewnętrzny system wartości, przekonań i postępowanie zgodnie z nim.

Michał Bancerowski

We współczesnym, zdominowanym przez komercję świecie pieniądź stał się wartością nadrzędną. Nasza medyczna profesja – Pielęgniarstwo może jawić się w nim jako „dziewicza wyspa”, w której to wartości moralne, dobro naszych pacjentów wysuwają się na pierwszy plan.

Każdy z nas jest jednostką niepowtarzalną i to nie tylko ze względu na odcisk palca, ale na naszą duszę – pasję, zainteresowania. To te właśnie elementy będą składowymi naszych wartości.

Biorąc pod uwagę „płeć Pielęgniarki” często wciąż można usłyszeć, iż jest to mało męska profesja. Natomiast moim zdaniem pielęgniarz to bardzo męski zawód właśnie ze względu na wartości, które mu towarzyszą. Bo czy jest coś bardziej męskiego niż pomoc drugiemu człowiekowi? Słabszemu, wyniszczoneму przez, jakże często przewlekłe choroby?

W kontekście wartości pielęgniar-skich w tym miesiącu zadałem sobie pytanie: czy te wartości już przeminęły wraz z odejściem średniowiecza

i odjazdem za horyzont „rycerzy na białych koniach”? A może to my Pielęgniarki i Pielęgniarze jesteśmy tak „zacołani i mało oryginalni w swych poglądach”, nie nastawionych na „zgarńnięcie wielkiej kasy”, a niesienie wsparcia, pomocy i ulgi w cierpieniu dla drugiego człowieka.

Przy tej „wartościowej” okazji jeszcze raz mogę podkreślić, że dumny jestem, iż w lipcu zeszłego roku wraz z odebraniem dyplomu ukończenia studiów licencjackich dołączyłem do wielkiej, globalnej, medycznej „braci” – pielęgniarzkiej.

Druga fraza naszych majowych refleksji dotyczy się wartości prywatnych. Jednakże w naszej profesji zawsze będą one szły w parze z wartościami, które to wyznajemy w naszej medycznej praktyce. Uff... chociaż w tym względzie jest nam łatwiej pomimo wykonywanej ciężkiej pracy. Ponieważ to właśnie na studiach często otwierają nam się oczy pod wpływem doświadczeń, których to doznajemy na praktykach zawodowych – cały ogrom cierpienia, nieszczęścia, ale i momentów pięknych i wzruszających

– powrotu do zdrowia, pełnej sprawności oraz chwil radości im towarzyszącym.

Z drugiej strony, czy pewne wartości powinny należeć tylko do grupy zawodowej „medyków”? Otóż nie. Proszę Państwa, ponieważ każdy z nas powinien pochylić się nad potrzebującym. Bez względu na płeć, czy też wykonywany zawód, wykształcenie etc. Od sprzedawcy w osiedlowym sklepiu po dyrektora wielkiej korporacji. To zwykły odruch serca, ale co ważniejsze według mnie – rozumu, ponieważ to właśnie dzięki niemu wciąż nie siedzimy na przysłowiowych „drzewach”. Moim zdaniem pomoc drugiemu człowiekowi i inteligencja idą ze sobą w nierozdzielnej duecie i oby wędrowały „w nas”, a właściwie w naszych sercach i umysłach jak najczęściej.

Kończąc pozostaje mi stwierdzić, iż osobiście, jako że nie należę do osób pobożnych zawsze „stawiałem” na wartości uniwersalne, czego Państwu także w waszym życiu życzę.





źródło: www.wmpp.org.pl

Symbole zawodowe



mgr Lena Kozłowska, pielęgniarka, doktorantka w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

mgr Katarzyna Pawłowska, pielęgniarka, doktorantka w Zakładzie Pielęgniarstwa Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki jest świętem obchodzonym przez społeczność pielęgniarską na całym świecie od 1965 roku. Wówczas Międzynarodowa Rada Pielęgniarek ogłosiła 12 maja - dzień urodzin F. Nightingale, Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki. Każdego roku ustala również przesłanie, jakie towarzyszy obchodom święta. Ubiegłoroczne hasło brzmiało „Niwelowanie różnic – od nauki do praktyki”. W 2013 roku Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki będzie natomiast przebiegał pod hasłem „Niwelowanie Różnic: Milenijne Cele Rozwoju: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1”.

W zależności od kraju, obchody święta wyglądają inaczej. Najczęściej prezentowanymi formami celebracji są spotkania środowiska pielęgniarskiego, konferencje, apele, odczyty, które upamiętniają znane i zasłużone pielęgniarki. W Wielkiej Brytanii, najczęściej 12 maja, o godzinie 18.15 – w godzinie urodzin F. Nightingale – w kaplicy Westminster Abbey organizowana jest uroczystość przekazania

światła, która upamiętnia życie i pracę Nightingale. W trakcie uroczystości w kaplicy gromadzą się pielęgniarki, przedstawicielki różnych dziedzin pielęgniarstwa, gdzie następuje symboliczne przekazanie zapalanej lampki, co ma symbolizować przekazywanie wiedzy, a także podkreślić różnorodność świadczonej opieki przez naszą grupę zawodową. W tym dniu, lecz nie tylko, pielęgniarki na całym świecie dumnie prezentują symbole pielęgniarstwa.

Symbole w kulturze mają istotny wpływ na jej różnorodność oraz wzbogacanie. W pielęgniarstwie są one odzwierciedleniem zarówno teorii, jak i praktyki zawodowej. Symbole w pielęgniarstwie pełnią dwie podstawowe funkcje: wewnętrzną, która pozwala identyfikować się z grupą zawodową oraz zewnętrzną, która umożliwia identyfikację przedstawicieli grupy zawodowej przez społeczeństwo.

W dalszej części artykułu dokonano prezentacji czterech podstawowych symboli pielęgniarstwa: munduru, czepka, lampki oliwnej oraz hymnu pielęgniarstwa.

Mundur

Mundur jest to „przepisowy, ustalony przez władze ubiór wyróżniający członków określonej organizacji społecznej, formacji wojskowej lub grupy zawodowej...”. W pielęgniarstwie idea noszenia munduru wywodzi się z historii noszenia habitów zakonnych przez pierwsze osoby sprawujące opiekę nad chorymi.

Pierwszy opis stroju pielęgniarskiego pochodzi z początku XVII wieku. Charakteryzuje on ubiór sióstr szarytek ze świeckiego Zgromadzenia Sióstr Miłosierdzia, które opiekowały się chorymi. Nosiły suknie koloru szarego z szerokimi rękawami, natomiast głowy okrywały białymi chustami. Strój ten nawiązywał do ówczesnego ubioru ubogich kobiet francuskich z okolic Paryża. Rozwój nowoczesnego pielęgniarstwa na przełomie XIX-XX w. spowodował również określenie przepisów warunkujących ubiór personelu pielęgniarskiego. W polskim szkolnictwie wzory sukien przyjęto od amerykańskich pielęgniarek, które w latach 1921-1928 wywarły ogromny wpływ na rozwój tej grupy zawodowej w naszym kraju. Sukienki szły wówczas z importowanymi materiałami amerykańskimi – zazwyczaj w paski lub kratkę. Pomimo tego górna część fartucha – bawety, bez rękawów typu „krzyżak”, zawsze wykonywane były z białego materiału. Przykładowo, umundurowanie pierwszego rocznika uczennic Warszawskiej Szkoły Pielęgniarstwa (1921-1928) składało się z bawełnianej sukienki, z długimi rękawami (białej lub we wzory) z usztywnionym kołnierzykiem oraz mankietami. Do pracy zakładano fartuch z bawetą, czepkę, pantofle na niskim obcasie oraz dobrane do nich kolorystycznie pończochy. Uzupełnieniem stroju była kolorowa peleryna, sięgająca do połowy uda oraz zegarek z sekundnikiem. Inne szkoły wprowadzały przymusowe umundurowanie stylizowane na własnych projektach, często pobierając przy tym opłaty od słuchaczek za materiał użyty do wykonania stroju.

Było to spowodowane trudnościami finansowymi z jakimi borykały się ówczesne szkoły.

Wytyczne dotyczące umundurowania pielęgniarek zostały określone także w pierwszej Ustawie o pielęgniarstwie z 21 lutego 1935 roku.

„Art. 18 (1) Minister Opieki Społecznej ustala w drodze rozporządzenia oznakę ukończenia szkoły pielęgniarstwa i wzory mundurów pielęgniarek.

(2) Noszenie przez osoby nieuprawnione ustalonego munduru jest wzbronione.”

(Dz. U. poz. 198, 199, 1935)

Kolejne rozporządzenia i regulacje wydawane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, nieco zmieniały oraz precyzowały pierwsze regulacje.

W ostatnich dziesięcioleciach obserwujemy znaczne zmiany w podejściu do zawodowego umundurowania w polskim pielęgniarstwie. Pomimo tego, że nie istnieje oficjalne, jednoznaczne stanowisko odnośnie wytycznych ubioru do pracy, mamy regulacje charakteryzujące strój galowy. Podczas współczesnego doboru stroju pielęgniarzkiego poza założeniami natury etycznej i estetycznej, zwraca się również szczególną uwagę na zagadnienia epidemiologiczne.

Czepek

Czepek to nakrycie głowy zarówno dla kobiet, jak i dla mężczyzn, które było noszone już w starożytności. Był on również nakryciem noszonym przez pielęgniarki. Uważa się, że tradycja noszenia czepka w pielęgniarstwie wywodzi się z obyczaju noszenia go przez zakonnice sprawujące opiekę na chorymi. Wówczas jego głównym zadaniem była ochrona włosów podczas opieki. Początkowo miał on znaczenie funkcjonalne, obecnie jednak jedynie symboliczne. Czepek pielęgniarzki jest powszechnie szanowanym społecznie atrybutem tej grupy zawodowej. Pierwsze czepki pielęgniarzkie były noszone przez amerykańskie pielęgniarki w szpitalu w Beellevue jeszcze przed 1876 rokiem. Były one wówczas nazywane przeciwkurczowymi ze względu na ich funkcjonalność – ochronę włosów przed zabrudzeniami. W Polsce pierwsze czepki pielęgniarzkie pojawiły się około 1911 roku, nosiły je uczennice szkoły pielęgniarzkiej w Krakowie. Były one okrągłe i przykrywały włosy, jedynie podczas uroczystości oraz wyjść poza szkołę zakładano na nie granatowy welonik.

W warszawskiej szkole uczennice otrzymywały na początku edukacji biały czepek. Wraz ze zdobywaniem wiedzy i nowych umiejętności nakładano aksamitne paski na wyłogi czepka. W roku 1950 Minister Zdrowia wydał rozporządzenie dotyczące noszenia oznak zawodowych, które dawało prawo noszenia na czepku paska o szerokości 2 cm. Pielęgniarki nosiły pasek czarny, położne czerwony, natomiast dietetyczki niebieski. Pomimo tego, że od wielu lat noszenie czepka jest w Polsce zniesione, nadal niektórzy przedstawiciele zawodu pielęgniarzkiego noszą czepek w postaci metalowej miniaturki wpiętej w górną część munduru.

Lampka oliwna

Lampka oliwna jest nierozdzielnie kojarzona z postacią prekursorki nowoczesnego pielęgniarstwa – Florence Nightingale. Podczas opieki nad chorymi żołnierzami podczas wojny krymskiej, często w godzinach wieczornych, odbywała swój obchód, w trakcie którego w dłoni trzymała niewielką lampkę oliwną oświetlającą jej drogę. Taki obraz, utrwalony przez korespondenta wojennego, stał się legendą, a tym samym lampka uważana jest za symbol pielęgniarstwa na całym świecie. Jest ona symbolem otuchy, czujności, wytrwałości nadziei oraz poświęcenia.

Obecnie stylizowana kopia lampki Nightingale z zapalonym światłem towarzyszy wielu ważnym uroczystościom pielęgniarzkiemu na całym świecie. Jej kopia wykorzystywana jest jako symbol szkół pielęgniarzkich, sztandarów, emblematów, a także wydawnictw zawodowych.

W opracowaniu Krystyny Wolskiej-Lipiec w Wirtualnym Muzeum Pielęgniarstwa Polskiego czytamy, że oliwna lampka Nightingale ma znaczenie:

„*Oceniając opiekę pielęgniarzką jako źródło niezawodności, życzliwości, ciepła niezależnie od pory dnia.*

Personalistyczne, nawiązujące do osoby twórczyni współczesnego pielęgniarstwa.”

Hymn pielęgniarzki

Hymn definiowany jest jako uroczysta pieśń pochwalna opiewająca wzniosłe idee i ważne czyny. Pośród grupy zawodowej pielęgniarek hymn jest wykonywany podczas ważnych uroczystości. Składa się z czterech zwrotek.

Hymn pielęgniarzki powstał około 1935 roku na zamówienie Zarządu Głównego PCK, jednak dokładny rok, ani autor nie są precyzyjnie określone. Niektóre źródła podają, że autorem zarówno słów,

jak i muzyki jest Kielarski. Najstarsze doniesienia odnośnie odśpiewania hymnu pochodzą z 1938 roku. Według relacji Gąnowicz wówczas został on odśpiewany przez absolwentki Szkoły Pielęgniarstwa PCK w Warszawie.

Wraz z upływem czasu słowa hymnu nieco ulegały zmianom. Na przykład zostały zmienione z powodu wybuchu Powstania Warszawskiego, tak aby umacniały zarówno fizycznie, jak i duchowo pielęgniarki, które wówczas podejmowały trud opieki nad rannymi i chorymi ludźmi. Rekonstrukcją tekstu i melodii hymnu po wojnie zajęła się Zachaczewska-Sobolewska. Wówczas melodia pozostała ta sama, jednak słowa uległy zmianie, zostały zabarwione tematyką wojenną, ze względu na jej duży wpływ na życie całego społeczeństwa polskiego. Kolejnych zmian podjęło się Polskie Towarzystwo Pielęgniarzkie w roku 1962. Do końca 1988 roku znanych było w Polsce kilka wersji hymnu. Wszystkie miały cztery zwrotki, jednak różniły się pojedynczymi słowami. Ostateczna wersja hymnu – obowiązująca do dziś, została zaakceptowana przez PTP w 1989 roku.

Poniżej znajduje się kilka ciekawostek odnośnie symboli zawodowych. Czy umiesz dopasować je do poszczególnych rozdziałów tekstu? Sprawdź się!

Podczas I Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w 1990 roku zgodnie z kierunkiem rozwoju środowiska pielęgniarzkiego podjęto decyzję, która zwolniła z tego obowiązku. Od tego momentu pielęgniarki są zobligowane do legitymowania się identyfikatorem zgodnym z szablonami ustalonym przez okręgowe organy samorządowe.

Jego charakterystyka ulegała zmianie w zależności od miejsca i charakterystyki pracy. Zobowiązywał pielęgniarki do zachowania etycznej postawy niezależnie od sytuacji, wskazując jednocześnie na stałe wartości pielęgniarek. Jest znakiem przyjęcia na siebie obowiązku oraz akceptacji pełnienia określonej misji społecznej, a także wykonywania zawodu pielęgniarki.

Od 1999 roku jest symbolem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (International Council of Nurses).

Od zawsze towarzyszył on uczniom szkół pielęgniarzkich, studentom, a także pielęgniarkom podczas uroczystości zawodowych, takich jak immatrykulacja, czapkowanie, czy wręczenie dyplomów. ■



Sprawdź się, odpowiedz na pytania

- 1** Ile zachorowań na nowotwory odnotowuje się każdego roku w Polsce?
- a. około 82 000 c. około 720 000
b. około 155 000 d. około 1 200 000

- 2** Ze stylem życia, dietą, otaczającym środowiskiem ma związek około:
- a. 15% nowotworów
b. 40% nowotworów
c. 55% nowotworów
d. 70% nowotworów

- 3** Jaki odsetek masy ciała człowieka stanowi krew?
- a. 2% c. 13%
b. 8% d. 18%

- 4** Pancytopenia to:
- a. Rola pielęgniarki w leczeniu krwią
b. Rola lekarza w leczeniu krwią
c. Obniżenie się wartości głównych składników krwi: leukocytów, płytek krwi, erytrocytów na skutek toksycznego działania zastosowanego leczenia
d. Podwyższenie się wartości głównych składników krwi: leukocytów, płytek krwi, erytrocytów na skutek toksycznego działania zastosowanego leczenia

- 5** W placówkach ochrony zdrowia leczenie krwią reguluje:
- a. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami
b. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2007r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w których przebywają pacjenci ze wskazaniami do leczenia krwią i jej składnikami
c. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i ambulatoryjne świadczenia zdrowotne
d. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2009r. w sprawie leczenia krwią w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

- 6** Stanisława Leszczyńska zasłużyła się między innymi:
- a. Pomaganiem osobom starszym w okresie międzywojennym
b. Stworzeniem Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
c. Opieką nad sierotami w drugiej połowie XIX wieku
d. Pracą położnej w obozie koncentracyjnym Auschwitz-Birkenau

- 7** Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki jest świętem obchodzonym przez społeczność pielęgniarską na całym świecie od:
- a. 1812 roku c. 1947 roku
b. 1924 roku d. 1965 roku

- 8** Do podstawowych symboli zawodowych pielęgniarstwa nie należy:
- a. Lampka oliwna c. Bawet
b. Mundur d. Hymn

- 9** Do biologicznych czynników rakotwórczych nie należy:
- a. Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)
b. Wirus Epsteina-Barr (EBV)
c. Wirus WZW typ A
d. Wirus WZW typ B

Zapowiedzi Czerwiec 2013



Migrena

- jak sobie pomóc?

Przyczyny, objawy i sposoby radzenia sobie z przypadłością. Szczególną uwagę autorki zwrócić na znaczenie diety i produktów, które mogą wywołać atak, a także opisać rolę aktywności fizycznej i niekonwencjonalne metody leczenia np. akupunkturę.

O tym wolimy nie mówić

Każdy popełnia błędy niezależnie od zawodu, jaki wykonuje. Niestety błędy popełnione przez pielęgniarki są „dobrym” tematem dla mediów. W czerwcu podejmiemy temat błędów w pielęgniarstwie, zastanowimy się również w jaki sposób można ich unikać.

Erotyzacja relacji służbowych a możliwości zapobiegania jej

Praca w zespole terapeutycznym wymaga budowania sprawnie funkcjonujących relacji międzyludzkich. Oprócz oficjalnego obiegu informacji w grupie pracowniczej, funkcjonują także nieformalne kanały porozumiewania się, a pomiędzy pracownikami powstają oprócz służbowych, także towarzyskie relacje.

Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc

Jakie są objawy choroby, jak ją rozpoznać i odróżnić od astmy, jak często chorujemy? POChP w pytaniach i odpowiedziach.