

*„Boć to Gody (idą),
Pańskiego Dzieciątka
święto, radosny dzień
cudu i zmiłowania
Jezusowego nad
światem, błogostawiona
przerwa w długich
pracowitych dniach...
(Niechaj) w ludziskich
budzi się dusza
z odrętwienia, otrząsa
się z szarzyzny, podnosi
się i idzie radosna,
czująca mocno na
spotkanie narodzin
Pańskich.”*

Wł. Reymont „Chłopi”

*„Jest w moim Kraju
zwyczaj, że w dniu
wigilijnym,
Przy wejściu pierwszej
gwiazdy wieczornej na
niebie,
Ludzie gniazda
wspólnego łamią
chleb biblijny,
Najtkliwsze przekazując
uczucia w tym chlebie.*

C. K. Norwid

Radosnych, pełnych
spokoju i miłości
Świąt Bożego
Narodzenia oraz
szczęśliwego Nowego
2010 Roku wszystkim
Czytelnikom naszego
Biuletynu

życzy Redakcja

- 2 „Dobroć mieszka w sercu...”
Hanna Paszko
- 3 Serwis informacyjny
- Sprawozdania z konferencji:**
- 5 **Prawa pacjenta i prawa personelu medycznego**
Edyta Knap
- 6 **„Europejski wymiar kształcenia i praktyki
zawodowej pielęgniarek i położnych”**
Małgorzata Wojciechowska, Zofia Komorowska
- 6 **Plan szkoleń w Instytucie CZMP w Łodzi**
Filomena Bielecka
- 7 **V Ogólnopolski Konkurs „Pielęgniarka Roku 2009”**
- 9 **Dr Lucas – problematyka mechanicznego masażu
serca w warunkach SOR**
Kamila Piłat
- Okiem psychologa**
- 11 **Człowiek w obliczu straty**
Jolanta Kałużna
- 13 **Zaburzenia nerwicowe i syndrom wypalenia zawodowego
u pielęgniarek oddziałów psychiatrycznych**
Iwona Tokarska
- 17 **Domowa opieka paliatywna nad dziećmi
z perspektywy pielęgniarki**
Edyta Kochańska, Anetta Hanuszkiewicz
- 18 **Postawy społeczne w stosunku do osób chorych
psychicznie. Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu**
Grażyna Korybut
- Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna:**
- 21 **Wsparcie społeczne jako profilaktyka chorób**
Aneta Siwienko
- 23 **Cechy dorosłych dzieci alkoholików**
Wiktor Sapiejka
- 25 **Kącik biblioteczny**
- 26 **Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych
Rodzi się Miłość**
Barbara Jagas
- 27 **Z kącika emerytek
Jesień w złotej Pradze**
Zdzisława Kulesza
- 28 **Z żalobnej karty**

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17

tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.

Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Druk: BiK – M. Bernaciak

91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

„Dobroć mieszka w sercu...”

Dobiegał końca kolejny rok. Nastął grudzień, zbliżały się święta Bożego Narodzenia. Dla Józii miały być to (nie po raz pierwszy w zawodowym życiu), święta nieco zakłócone przez plan pielęgniarskich dyżurów. Tym razem miała spędzić w pracy najbardziej wyjątkowy spośród wszystkich wyjątkowych, wieczór wigilijny i niezapomnianą wigilijną noc. Dyżur rozpoczął się o godzinie dziewiętnastej wieczorem.

Z bólem własnego wnętrza, zjadła wieczerzę wigilijną z rodziną nieco wcześniej, i poszła do pracy. Po drodze, na krótką chwilę weszła do kościoła, pomodliła się i ze spokojem rozpoczęła dyżur, w dyspozytorni pogotowia ratunkowego.

Niezwykły wieczór... Wigilijny wieczór...

Ludzie, skupieni wokół wigilijnych stołów, wyciszeni, świąteczni, powinni spożywać przygotowaną wcześniej wieczerzę. Powinni... powinien panować spokój... Powinien?

Tymczasem telefony dzwoniły bez przerwy, i to wcale nie dlatego, że ktoś chciał złożyć pracującym życzenia...

– Pierwszy telefon – mężczyzna poparzony gorącym olejem...

– Drugie wezwanie – dziecko duszące się... połknęło orzech...

– Kolejny telefon – poparzona kobieta, poparzona twarz kobiety...

Józia odbierała wezwania i natychmiast wysyłała karetki. Do poparzonych wysłała karetki bojowe a do duszącego się dziecka – karetkę reanimacyjną.

Wezwaniom nie było końca. Wciąż nowe i nowe. Jakby świat oszalał, nie chcąc się zatrzymać na czas świątowania.

Wszystkie wezwania pilne i wszystkie potrzebne, wymagające natychmiastowej interwencji: pobicie, nieprzytomny mężczyzna w domu, zatrucie gazem, wypadek samochodowy z dwoma osobami rannymi...

– Cicha noc... święta noc... Boże daj nam wszystkim dużo siły, dla nas nie będzie to cicha noc – pomyślała Józia, odbierając kolejny dzwoniący telefon.

Wróciła karetka reanimacyjna, wysłana do dwuletniego dziecka, które połknęło orzech włoski. Niestety, chłopczyk udusił się przed przybyciem zespołu na miejsce zdarzenia. Nic już nie mogli zrobić. Cała załoga zespołu reanimacyjnego miała opuszczone ku dołowi głowy, nikt nie miał ochoty nawet na szklankę gorącej herbaty.

Józii zrobiło się słabo, gdy usłyszała taką wiadomość.

– Co jeszcze wydarzy się do rana? – zapytała samą siebie.

Na dłuższe rozważania nie miała czasu, telefony nadal dzwoniły, sprawiając wrażenie, że ktoś im wydał takie polecenie...

Cicha z definicji noc, była wyjątkowo głośną nocą dla pracowników pogotowia ratunkowego.

Wróciła karetka od poparzonego mężczyzny. Pacjenta po zaopatrzeniu w domu przewieziono do szpitala. Miał całe plecy oparzone gorącym olejem. To był „prezent” od żony, która smażyła wigilijną rybę. Wylała całą patelnię rozgrzanego oleju na plecy męża, gdy ten rozpoczął domową sprzeczkę.

– Co ci ludzie wyprawiają? – kolejne pytanie bez odpowiedzi przemknęło przez jej głowę.

Wróciła karetka od kobiety z poparzoną twarzą. Tę pacjentkę też przewieziono do szpitala.

Józia dowiedziała się, co było powodem poparzenia: mąż rzucił w kierunku żony (bo jej wyznaniu, że w mijającym roku był zdradzany), szklankę z gorącą herbatą. Herbata oparzyła twarz, a szkło z rozbitej szklanki uszkodziło skórę twarzy i prawą gałkę oczną.

Do Józefy powróciła poprzednia myśl:

– Co ci ludzie wyrabiają?...

Zegar wskazywał godzinę dwudziestą trzecią trzydzieści. Telefony dzwoniły z nieco mniejszą częstotliwością. Podwórko pogotowia było nadal puste, wszystkie karetki w terenie.

Józia uchyliła okno dyspozytorni. Powiew mroźnego powietrza ochłodził jej policzki. Słychać było głosy kościelnych dzwonów. Dolatywały z różnych stron.

Dzwoniły barwnie, głośno i wyraźnie, można nawet powiedzieć, że dostojnie! Oznajmiały ludziom radość płynącą z narodzenia Jezusa Chrystusa. Zapraszały na pasterkę.

Pasterka za pół godziny... ktoś będzie się modlił... ktoś musi w tym samym czasie pracować...

Około godziny drugiej po północy, uciszyło się.

Telefony przestały dzwonić. Karetki wróciły do stacji, personel rozszedł się do swoich dyżurów nocnych. Józia cieszyła się, że do końca dyżuru zostało jeszcze tylko pięć godzin. Pomyślała o mężu, o córkach, o wszystkich swoich bliskich...

Piła małymi łykami, kolejną ciepłą herbatę. Gdy została sama, z milczącymi telefonami, do dyspozytorni wszedł jeden z sześciu pełniących dyżur nocy – kierowca Adam. W ręku trzymał mały deserowy talerzyk. Położone były na nim dwa kawałki ciasta z makiem.

– Czy nie będzie pani przeszkadzać, jeśli posiedzę przez chwilę razem z panią w dyspozytorni? – zapytał.

– Nie, nie będzie mi to przeszkadzać pana obecność, proszę usiąść – odpowiedziała.

Najważniejsze uchwały i decyzje podjęte podczas:

➔ posiedzenia ORPiP w dniu 13 października 2009 roku

> Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 20 pielęgniarek i 5 położnym.

> Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 4 pielęgniarki.

> Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 5 pielęgniarek.

> Wymieniono prawo wykonywania zawodu 3 pielęgniarkom.

> Podjęto decyzję o skróceniu przeszkolenia po przebiegu w wykonywaniu zawodu dłuższej niż 5 lat – 3 pielęgniarkom.

> Powołano skład komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki przełożonej w SP ZOZ Pajęczno.

> Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

> Rozpatrzone 5 odwołań w sprawie dofinansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych, we wszystkich przypadkach uchylono decyzję odmowną.

> Przyznano dofinansowania w:

– kursach kwalifikacyjnych: 24 osobom,

– kursie dokształcającym: 2 osobom,

– konferencji: 7 osobom,

– studiach podyplomowych: 6 osobom,

> Odmówiono dofinansowania ze względów regulaminowych – wnioski złożone po terminie – 5 osobom.

> Przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa/położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplomie – 3 osobom.

> Zatwierdzono honoraria dla 7 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie Nr 10/2009.

> Przyznano 2 osobom pomoc finansową z powodu trudnej sytuacji rodzinnej.

> Podjęto uchwałę w sprawie wykonania i sfinansowania imiennych pieczętek dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Realizację uchwały zaplanowano na lata 2010 – 2011.

➔ posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 28 października 2009 roku

> Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 10 pielęgniarkom i 7 położnym.

> Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu 2 pielęgniarkom i 3 położnym.

> Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi 4 pielęgniarki.

> Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 3 pielęgniarki i 2 położne.

> Wydano duplikat prawa wykonywania zawodu 1 pielęgniarcie.

> Podjęto 3 uchwały dotyczące rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.

> Przyznano zapomogi losowe bezzwrotne w wysokości po: 1500 zł – 4 osobom.

> Przyznano pomoc finansową 1 osobie ze względu na trudną sytuację w wysokości 1200 zł.

> Przyznano dofinansowania w:

– szkoleniu specjalizacyjnym: 3 osobom,

– kursach kwalifikacyjnych: 5 osobom,

– kursach specjalistycznych: 13 osobom,

– kursach dokształcających: 5 osobom,

– studiach podyplomowych: 4 osobom,

– konferencjach, zjazdach: 9 osobom,

> 2 osobom odmówiono dofinansowania kosztów dojazdu – koszty zostały sfinansowane przez pracodawcę,

> Przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich z oceną bardzo dobry w dyplomie – 1 pielęgniarcie.

> Na wniosek organizatora kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych Akademii Zdrowia dokonano zmian wpisów do rejestru kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych.

> Podjęto uchwałę w sprawie uzupełnienia zbiorów Biblioteki Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

> Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

➔ posiedzenia ORPiP w dniu 8 września 2009 roku

> Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 13 pielęgniarkom i 4 pielęgniarkom.

> Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 3 pielęgniarki i 1 położną.

> Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 4 pielęgniarki.

> Wydano duplikat prawa wykonywania zawodu 2 pielęgniarkom.

> Wymieniono prawo wykonywania zawodu 2 pielęgniarkom.

> Dokonano wpisu do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 3 praktyki.

> Podjęto decyzję o skróceniu przeszkolenia po przerwaniu w wykonywaniu zawodu – 1 pielęgniarka.

> Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

> Rozpatrzono 12 odwołań w sprawie dofinansowania kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:

– w 7 przypadkach uchylono decyzję odmowną,

– w 5 przypadkach ORPiP utrzymała decyzję odmowną.

> Zatwierdzono koszty:

– udziału w konferencji 18 członkom samorządu,

– konferencji pt. „Zdrowie psychiczne w podstawowej opiece zdrowotnej” organizowanej przez Komisję Pielęgniarek Psychiatrycznych w dniu 9 października 2009 roku.

> Zatwierdzono honoraria dla 4 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie Nr 7-9/2009.

⇒ posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 23 września 2009 roku

> Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 26 pielęgniarkom i 4 położnym.

> Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu 2 pielęgniarkom.

> Wpisano na listę członków OIPIP w Łodzi 2 pielęgniarki.

> Skreślono z listy członków OIPIP w Łodzi 9 pielęgniarek i 21 położnych.

> Wydano duplikat prawa wykonywania zawodu 1 pielęgniarka.

> Podjęto 1 uchwałę dotyczącą rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych.

> Podjęto decyzję o skróceniu przeszkolenia po przerwaniu w wykonywaniu zawodu – 1 pielęgniarka.

> Powołano skład komisji konkursowej na stanowisko pielęgniarki oddziałowej Bloku Operacyjnego w WZZOZ Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi.

> Zatwierdzono sfinansowanie nagród rzeczowych dla 9 absolwentów Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi, którzy ukończyli studia licencjackie z wyróżnieniem.

> Przyznano zapomogi losowe bezzwrotne w wysokości po:

– 1500 zł – osobom,

– 1000 zł: 1 osobie.

– 750 zł: 2 osobom.

> Przyznano dofinansowania w:

– kursach kwalifikacyjnych: 4 osobom,

– konferencji: 1 osobie,

> Przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich – 1 pielęgniarka.

> Podjęto uchwałę w sprawie zakupu programu komputerowego Symfonia Kadry i Płace do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

oprac. Anna Manes – sekretarz ORPiP w Łodzi

Akcja „PIECZĄTKA”

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi na posiedzeniu w dniu 13 października 2009 roku podjęła uchwałę w sprawie wykonania i sfinansowania imiennych pieczętek dla członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Proces wykonywania i wydawania pieczętek jest rozłożony na lata 2010 – 2011. Aby można było przeprowadzić to sprawnie i dokładnie, będzie on wyglądał następująco:

– sukcesywna wysyłka arkuszy aktualizacyjnych do poszczególnych zakładów,

– zebranie uzupełnionych arkuszy aktualizacyjnych w danym zakładzie i zbiorcze dostarczenie ich do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17,

– wykonanie i wydawanie pieczętek członkom samorządu.

Izba nasza według stanu na dzień 30 września 2009 roku to 14 828 pielęgniarek i 1973 położnych. Jak Państwo widzą jest to bardzo duża liczba osób i z tego też powodu cała akcja jest zaplanowana na lata 2010 – 2011. Uprzejmie prosimy o cierpliwość.

Anna Manes
sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Edyta Knap

„Prawa pacjenta i prawa personelu medycznego”

W dniu 30.09.2009 roku z ramienia OIPiP w Łodzi uczestniczyłam wraz z przedstawicielką Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi Panią Iwoną Kasprzycką oraz Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego w województwie łódzkim Panią Ewą Goleńską w konferencji Prawa Pacjenta i Prawa Personelu Medycznego zorganizowanej przez Polskie Towarzystwo Prawa Medycznego (PTPM). PTPM organizując konferencję zaprosiło do współpracy Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Fundację Zdrowia Publicznego, Okręgową Izbę Lekarską w Krakowie, Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ oraz Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej.

Dobór tematyki konferencji podyktowany był wejściem w życie nowej Ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz sytuacją personelu medycznego, która wobec zmian w powyższym zakresie ulega, zdaniem uczestników konferencji, pogorszeniu. Rosnąca frustracja pośród pacjentów, która w większości przypadków wywołana jest złą organizacją służby zdrowia, w szczególności polegającej na niedoborach kadrowych oraz złą kondycją finansową szpitali, kierowana jest w pierwszej kolejności w personel szpitala. W trakcie dyskusji pojawił się również głos, iż częstą przyczyną skarg czy pozwów kierowanych do sądów powszechnych jest złe traktowanie pacjenta przez personel medyczny, które wyraża się w braku kultury oraz opryskliwości osób zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej.

Przedstawiciel Biura Rzecznika Praw Pacjenta przedstawił podstawowe założenia Ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta oraz poszczególne rozwiązania prawne, które nowa ustawa wprowadziła w życie.

Wskazano również na liczne mankamenty tejże ustawy m.in. na niewłaściwe umiejscowienie urzędu rzecznika praw pacjenta, który utworzony został przy ministerstwie zdrowia. Ponadto zasadnie moim zdaniem wskazano, iż prawa pacjenta chronione były już w dotychczas obowiązujących przepisach, a prawo dochodzenia roszczeń z tytułu szkód powstałych w procesie leczenia istniało przed sądem powszechnym.

Ciekawym elementem konferencji było wystąpienie Rzecznika Praw Lekarza. Wobec obecnej sytuacji tj. ciągłych problemów związanych z reformą służby zdrowia, wobec braku koncepcji na zmianę źle funkcjonującego systemu ochrony zdrowia, Okręgowa Izba Lekarska w Kra-

kanie utworzyła urząd Rzecznika Praw Lekarza (Rz.P.L). Rz.P.L. zajmuje się problematyką praw człowieka i obywatela oraz prawami wywodzącymi się z ustawy o zawodzie lekarza i dentysty. Utworzenie tego urzędu, zdaniem Rz.P.L. nie jest próbą likwidacji urzędu rzecznika odpowiedzialności zawodowej, a jest wyrazem złej sytuacji w jakiej znajdują się obecnie lekarze. Wsłuchując się w relację Rzecznika Praw Lekarza, zdałam sobie sprawę, iż właściwie pani dr Katarzyna Turek – Fornelska mówi nie tylko o lekarzach, ale również o pielęgniarkach i położnych. Obrona podstawowych praw człowieka, pracownika jest wystarczającą podstawą do utworzenia urzędu rzecznika praw pielęgniarek i położnych. Łamanie powszechnie obowiązującego prawa bądź jego obchodzenie nie powinno mieć miejsca w państwie prawa, ażeby to osiągnąć to głos danej grupy zawodowej musi być słyszalny. Jakże dostrzegalny jest brak należytego nadzoru publicznego płatnika nad wykonywaniem świadczeń zdrowotnych. Bark spójności prawa powoduje, iż pracownik pod wpływem nalegań pracodawcy gotów jest naruszać prawo z obawy przed utratą pracy, jakże powszechny jest w polskiej rzeczywistości nepotyzm. Na te przejawy łamania prawa zwracali uwagę prelegenci argumentując dodatkowo brakiem realizacji prawa do wykonywania świadczeń zdrowotnych przez personel medyczny w sytuacji, gdy np.: pielęgniarka musi pełnić obowiązki rejestratorki, zmuszaniem do wy[pisywania recept i druków zwolnień przez osoby do tego nieuprawnione czy nieprzeestrzeganiem minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Po burzliwej dyskusji wyciągnięto wnioski, iż brak jest konfliktu pomiędzy interesami pacjentów a personelu medycznego. Łamane są prawa pacjenta w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych, niedofinansowanie służby zdrowia, ale łamane są również prawa personelu medycznego: zmuszanie do wykonywania określonych czynności, które nie należą do zakresu obowiązków, brak realizacji prawa do kształcenia zawodowego. Zatem wspólnym mianownikiem w zakresie łamanych praw jest tutaj źródło tychże naruszeń a mianowicie źle funkcjonujący aparat administracyjny.

Na koniec pragnę zachęcić środowisko pielęgniarek i położnych do podjęcia prac nad stworzeniem Karty Praw Pielęgniarki i Położnej oraz rozważenie powołania Rzecznika Praw tych dwóch zawodów, który umocowany byłby do występowania w Waszej obronie.

„Europejski wymiar kształcenia i praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych”

W dniach 15 – 16 października 2009 roku w Lublinie odbyła się Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Europejski wymiar kształcenia i praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych” połączona z Jubileuszem 40 – lecia Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Honorowy patronat nad konferencją objęła Minister Zdrowia – dr Ewa Kopacz, Minister Nauki i Szkolnictwa Wyższego – prof. dr hab. Barbara Kudrycka oraz Jego Magnificencja Rektor Uniwersytetu Medycznego w Lublinie – prof. dr hab. n. med. Andrzej Książek.

Pierwszy dzień konferencji rozpoczęła Sesja plakatowa, na którą zgłoszono 62 prace z zakresu pielęgniarstwa, położnictwa i promocji zdrowia. Łódź została zaprezentowana przez pracowników dydaktycznych Akademii Humanistyczno – Ekonomicznej w Łodzi, którzy zgłosili 3 prace z zakresu pielęgniarstwa i promocji zdrowia.

Po zakończeniu sesji plakatowej i krótkiej przerwie odbyło się uroczyste otwarcie Jubileuszu 40-lecia oraz Konferencji prowadzone przez prof. dr hab. Teresę Bernadettę Kulik – Dziekana Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie, na którym głos zabrali m. in. Ordynariusz Archidiecezji Lubelskiej – Abp. Józef Życiński, Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych – dr Elżbieta Buczkowska. Po krótkich życzeniach dalszej owocnej pracy

i rozwoju naukowego nastąpiło wręczanie odznaczeń państwowych oraz medali pamiątkowych UM w Lublinie, po czym Dziekan Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu UM w Lublinie przedstawiła historię powstania Wydziału oraz jej działalność naukową prowadzoną do chwili obecnej. Spotkanie zakończył Koncert muzyki dawnej w wykonaniu dzieci szkół lubelskich.

W drugim dniu obrad w godzinach przedpołudniowych odbyły się wykłady plenarne, na których m. in. dr Janina Fetlińska – senator RP przedstawiła historię działalności pielęgniarek w polskim Sejmie i Senacie. W godzinach popołudniowych odbyła się sesja studencka, Zjazd Dziekanów Wydziałów Nauk o Zdrowiu (niestety tylko uczelni państwowych) oraz tak oczekiwane przez absolwentów dawnej Akademii Medycznej, a obecnie Uniwersytetu Medycznego w Lublinie spotkanie integracyjne poszczególnych roczników.

Tak jak dopisali uczestnicy konferencji, tak niestety nie dopisała pogoda. Za oknem mieliśmy przedsmak zimy (śnieżyce), ale w środku pełnię lata.

Piszące to doniesienie autorki nie byłyby sobą, gdyby przy okazji pobytu w Lublinie nie zwiedziły miasta, w tym Zamku Lubelskiego. Dzięki temu wróciły do domu pełne wrażeń pokonferencyjnych.

Plan szkoleń w Instytucie CZMP w Łodzi

Instytut Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi zaprasza pielęgniarki i położne do uczestnictwa w comiesięcznych, otwartych, wtorkowych szkoleniach w 2010 roku. Przedstawiamy państwu następujące zagadnienia:

5 stycznia: „Wpływ fazy przedanalizycznej na wyniki badań laboratoryjnych”

2 lutego: „Pozaprzytykowe objawy choroby refleksowej u dzieci”

2 marca: „Profilaktyka raka szyjki macicy”

13 kwietnia: „Choroba dziecka jako sytuacja trudna”

11 maja: „Rozpoznanie i postępowanie w stanach zagrożenia życia w pediatrii – wybrane aspekty”

1 czerwca: „Racjonalna antybiotykoterapia w pediatrii”

7 września: „Opieka nad kobietą w okresie prokreacji”

5 października: „Zakażenie wirusem HCV – dyskwalifikacja zawodowa?”

2 listopada: „BHP – wypadki przy pracy”

7 grudnia: „Poradnictwo genetyczne – problemy kliniczne, etyczne i prawne”

Miejsce szkoleń: Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki, Łódź, ul. Rzgowska 281/289, aula pawilonu ginekologiczno-położniczego, godz. 13.00 - 15.00

Zgłoszenia uczestnictwa prosimy kierować telefonicznie (na dwa tygodnie przed wyznaczonym terminem szkolenia) pod numer 042 271-11-19 (koordynator praktyk zawodowych)

mgr Filomena Bielecka – Naczelną Pielęgniarką Instytutu CZMP w Łodzi

V Ogólnopolski Konkurs „Pielęgniarka Roku 2009”



Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego oraz Koło Liderów Pielęgniarstwa przy ZG PTP zapraszają do udziału w V Ogólnopolskim Konkursie „Pielęgniarka Roku 2009”. Celem Konkursu jest wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów, osób o najlepszym przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

Konkurs odbywać się będzie w trzech etapach według następującego harmonogramu:

- wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych ZOZ-ach do dnia 31.01.2010 roku,
- eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich PTP w dniu 5.03.2010 roku o godz. 12.00,
- III etap – prezentacja własna (szczegóły Komunikat nr 2, strona www.ptp.na1.pl).

Dodatkowe informacje: Dorota Jacyna, tel. (0-22) 861-02-46, kom. 0-509-759-219, e-mail: dorotajacyna@gmail.com

Regulamin V Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2009”

1. Uczestnictwo w Konkursie jest dobrowolne. Mogą w nim wziąć udział pielęgniarki zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.

2. Do Konkursu mogą przystępować osoby biorące udział w poprzedniej edycji Konkursu oraz jego laureaci.

3. Konkurs przeznaczony jest dla pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem z wyłączeniem kadry kierowniczej – dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek naczelnych, przełożonych, oddziałowych oraz koordynujących.

4. Uczestnicy Konkursu zgłaszani są na podstawie obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej kryteriów np. oceny okresowej, zaangażowania w pracę zawodową, wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, wzorowej postawy etycznej itp.

5. Kartę Zgłoszenia Uczestnika, potwierdzoną pieczęcią imienną bezpośredniego przełożonego oraz pielęgniarki kierującej kadrą pielęgniarską w zakładzie opieki zdrowotnej, należy przesłać do Oddziału Wojewódzkiego PTP (adres na stronie: <http://www.ptp.na1.pl/> – PTP – struktura w terminie do dnia 31.01.2010 roku. Uczestnicy Konkursu z Województwa Mazowieckiego proszeni są o przysyłanie zgłoszenia na adres sekretariatu Zarządu Głównego PTP (biuroptp@gmail.com, fax (022) 398-18-51). Biuro czynne pn, śr, pt: 10.00 – 15.00

6. Oddziały Wojewódzkie PTP w terminie do 15.02.2010 roku przesyłają do Zarządu Głównego PTP imienną listę uczestników Konkursu.

7. Oddziały Wojewódzkie PTP są odpowiedzialne za zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia eliminacji, a także do wyłonienia dwóch członków do komisji konkursowej II etapu.

8. Eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich będą polegały na testowym sprawdzianie z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej, zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, historii zawodu i działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

9. Egzamin testowy odbędzie się pod przewodnictwem przedstawiciela Głównej Komisji Konkursowej, który w dniu egzaminu dostarczy do Oddziału Wojewódzkiego PTP karty egzaminacyjne wraz z kluczem do ich sprawdzenia.

10. Z przebiegu II Etapu Konkursu zostanie sporządzony protokół.

11. Wyniki II Etapu Konkursu zostaną ogłoszone najpóźniej w dniu eliminacji.

12. Nie przewiduje się podawania do wiadomości publicznej punktacji uzyskanej podczas II Etapu Konkursu.

13. Do III etapu Konkursu przechodzi osoba z największą liczbą uzyskanych punktów. W przypadku uzyskania tej samej liczby punktów przez więcej niż jedną osobę do finału ww. Konkursu przechodzą wszystkie osoby, które uzyskały jednakową liczbę punktów.

14. Termin i miejsce III etapu zostanie podane w Komunikacie Nr 2.

15. Koszty przejazdu i pobytu uczestnika III etapu pokrywają Oddziały Wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakłady pracy.

16. „Pielęgniarka Roku 2009” zostanie uhonorowana pucharem przechodnim, który zostanie przekazany do macierzystego zoz i który w następnym roku Konkursu zostanie przekazany kolejnemu laureatowi Konkursu.

17. Informacje dotyczące Konkursu będą zamieszczane na stronie internetowej PTP: www.ptp.na1.pl.

Karta zgłoszenia uczestnika konkursu „Pielęgniarka Roku 2009”

1. Imię i nazwisko:

2. Data urodzenia:

3. Adres zamieszkania:

4. Miejsce pracy:

5. Stanowisko:

6. Staż pracy w zawodzie:

7. Przynależność do Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego

tak* od kiedy:

nie*

8. Działalność na rzecz pielęgniarstwa (przynależność do towarzystw naukowych, sekcji zawodowych, czynne uczestnictwo w konferencjach naukowych itp.) z wyłączeniem obowiązkowej przynależności do samorządu pielęgniarskiego.

tak* jaka:

.....
.....
.....
.....

nie*

*odpowiedź zaznacz krzyżykiem

.....
podpis i pieczęć przełożonego

.....
podpis kandydata

.....
data

Dr Lucas – problematyka mechanicznego masażu serca w warunkach SOR

Urządzenie do kompresji klatki piersiowej (Lucas CPR)

Podczas działań podejmowanych w związku z wystąpieniem zatrzymania krążenia czas stanowi jeden z najbardziej krytycznych czynników warunkujących powodzenie. Podjęte czynności muszą być wykonane we właściwym czasie i we właściwej kolejności. Kompresja klatki piersiowej musi być wykonana we wczesnym etapie zdarzenia. Zapewnienie efektywnej i stałej kompresji w sposób naturalny wymaga wiedzy, doświadczenia i umiejętności.

Podczas pracy urządzenia Lucas nie ma konieczności angażowania jednego z członków zespołu ratującego. Może on skoncentrować się na wykonywaniu innych ważnych czynności ratujących życie.

Urządzenie Lucas CPR zapewnia efektywną, stałą i nieprzerwaną kompresję. Daje możliwość łatwego stosowania kompresji u wszystkich pacjentów obniżając wpływ negatywnych czynników w czasie transportu lub w przypadku braku doświadczenia ratownika, które mogą obniżyć efektywność działań resuscytacyjnych. Urządzenie Lucas wykonuje bezustannie 100 ucisków klatki piersiowej na minutę o głębokość 4 – 5 cm.

Zainstalowanie urządzenia na klatce piersiowej pacjenta trwa kilkadziesiąt sekund, polega na wsunięciu pod plecy deski stabilizacyjnej, nałożeniu górnej części w postaci podkładki uciskającej oraz zapięciu rąk pacjenta pasami mocującymi. Urządzenie po-

Urządzenie Lucas CPR zapewnia efektywną, stałą i nieprzerwaną kompresję. Daje możliwość łatwego stosowania kompresji u wszystkich pacjentów obniżając wpływ negatywnych czynników w czasie transportu lub w przypadku braku doświadczenia ratownika.

zwala na prowadzenie defibrylacji u chorego bez konieczności zdejmowania Lucasa. Akcję ratowniczą można prowadzić przez godzinę bez potrzeby wyłączenia sprzętu i przy zastosowaniu jednoczesnej defibrylacji. Prowadzenie masażu jest możliwe podczas transportu pacjenta, w sytuacjach hipotermii lub zatrucia. Nie przeszkadza w diagnostyce obrazowej. Jest poręczny o wadze 6,3 kg, prosty w obsłudze i szybki w montażu. Podłączony do instalacji powietrza bezpieczny w użyciu.

Użycie Lucasa jest niezależne od tego czy pacjent leży na trawie, łóżku, czy też na noszach w ambulansie.

Pomimo iż obsługa urządzenia jest bardzo prosta, szkolenie i wdrażanie do obsługi urządzenia Lucas jest zna-



czące dla dobrze przeprowadzonej i efektywnej resuscytacji.

Nie prowadzimy kompresji klatki piersiowej urządzeniem Lucas, gdy dorosły pacjent jest zbyt mały lub zbyt duży. Gdy pacjentem jest dziecko lub kobieta w ciąży. Jeśli nic nie wskazuje na to, że kompresja klatki piersiowej może pomóc pacjentowi. Ryzyko pożaru lub iskrzenia zostaje wyeliminowane, jeżeli urządzenie Lucas jest wyłącznie zasilane powietrzem.

Korzystanie z urządzenia Lucas

1. Dotarcie do pacjenta:

- potwierdzić zatrzymanie akcji serca poprzez ocenę stanu świadomości, obecności oddechu i tętna,
- w przypadku stwierdzenia u chorego zatrzymania akcji serca rozpocząć CPR.

2. Rozpakowanie urządzenia:

- umieścić plecak tak, aby paski były skierowane w dół a górna część w stronę użytkownika,
- rozwinąć plecak poprzez chwycenie za paski znajdujące się na boku przykrycia.

3. Podłączenie źródła gazu:

- upewnić się, że włącznik/wyłącznik znajduje się w pozycji regulacja,
- podłączyć przewód doprowadzający gaz do złącza,
- podłączyć złącze do gniazda ściennego lub przenośnej butli z gazem.

4. Montaż urządzenia:

- wyjąć z plecaka oparcie pleców, podejść do pacjenta,
- przerwać prowadzenie ręcznej kompresji klatki piersiowej,
- chwycić pacjenta za ramiona i podtrzymywać głowę chorego,
- unieść górną część ciała pacjenta i położyć oparcie pleców poniżej

Podczas pracy urządzenia Lucas nie ma konieczności angażowania jednego z członków zespołu ratującego. Może on skoncentrować się na wykonywaniu innych ważnych czynności ratujących życie

dołów pachowych upewniając się, że ramiona pacjenta znajdują się poza oparciem pleców,

- kontynuować manualną kompresję klatki piersiowej,

- wyjąć górną część urządzenia Lucas i unieść ją trzymając za uchwyty wsporników, upewnić się, że wsporniki znajdują się w pozycji zewnętrznej,

- pociągnąć w górę pierścienie zwalniające i sprawdzić czy mechanizmy zatraskowe są otwarte,

- przerwać manualną kompresję klatki piersiowej,

- umieścić górną część urządzenia Lucas ponad klatką piersiową pacjenta dociskając najpierw wspornik znajdujący się bliżej użytkownika a następnie wspornik po stronie przeciwnej,
- sprawdzić czy oba wsporniki zostały zablokowane w oparciu pleców pociągając je do góry.

5. Regulacja położenia urządzenia Lucas:

- ustawić włącznik/wyłącznik w pozycji regulacja,

- obniżyć ssawkę za pomocą uchwytów tak, aby podkładka uciskająca dotykała klatki piersiowej pacjenta nie uciskając jej,

- sprawdzić odległość między podkładką uciskającą a klatką piersiową pacjenta, wprowadzając pomiędzy nie wyprostowane palce ręki,

- jeżeli odległość ta wynosi ponad grubość wyprostowanych palców ręki, gdy podkładka uciskająca znajdująca się wewnątrz ssawki jest uniesiona, urządzenia Lucas nie można zastosować,

- jeżeli ssawka nie jest właściwie umieszczona względem pacjenta należy dostosować położenie urządzenia pociągając za wsporniki.

6. Obsługa urządzenia do kompresji klatki piersiowej:

- przestawić włącznik/wyłącznik w pozycję start i uruchomić urządzenie, jeżeli podkładka uciskająca dotyka klatki piersiowej pacjenta we właściwym miejscu,

- sprawdzić częstość i siłę kompresji,

- aby przerwać kompresję klatki piersiowej przestawić włącznik/wyłącznik w pozycję zatrask nie zmieniając położenia pacjenta i urządzenia.

7. Defibrylacja:

- przestawić włącznik/wyłącznik w pozycję zatrask,

- przykleić elektrody i przeprowadzić defibrylację,

- po przeprowadzeniu defibrylacji sprawdzić położenie ssawki i w razie potrzeby rozpocząć kompresję klatki piersiowej.

8. Transport pacjenta:

- mocowanie ramion pacjenta za pomocą pasów umieszczonych na wspornikach,

- podnoszenie pacjenta musi być zaplanowane z udziałem trzech osób, jeżeli umieszczamy pacjenta na noszach lub przenoszony jest z jednych na drugie,

- podczas podnoszenia przerwać kompresję.

mgr Jolanta Kałużna

Człowiek w obliczu straty

Każdy człowiek w toku swojego życia doświadcza wiele różnorodnych strat. Część spośród nich można się spodziewać np. ukończenie szkoły, fizyczny proces starzenia, odejście dzieci z domu, część jednak zaskakuje np. choroba, śmierć dziecka.

Nikt nie chce przeżywać strat – ani tych spodziewanych ani tych nagłych, ponieważ są one prawie zawsze bardzo bolesne. W literaturze spotykamy kilka rodzajów strat:

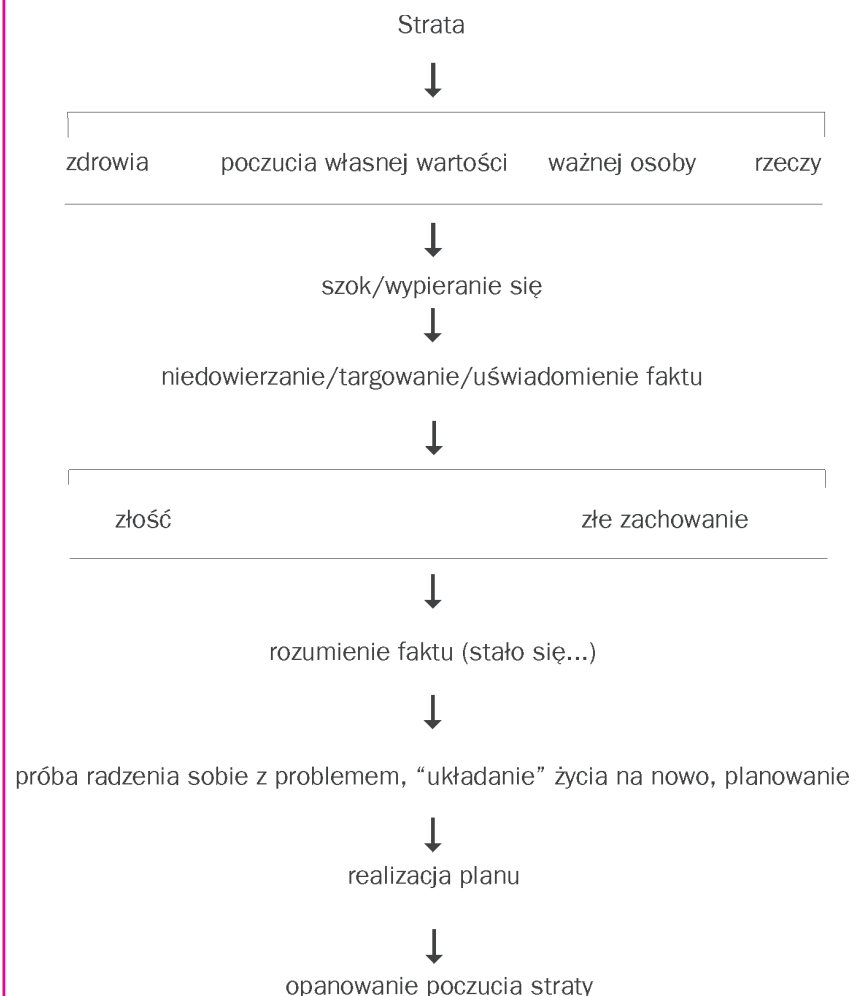
- strata zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego,
- strata osoby lub osób, które się kocha, czy to z powodu śmierci, rozwodu, czy na przykład bezpłodności (gdy nie można mieć upragnionego dziecka),
- strata poczucia własnej wartości, kiedy odczuwamy wstyd lub jesteśmy zranieni,
- strata przedmiotów, na przykład w przypadku kradzieży lub innych wydarzeń losowych.

Po przeżyciu straty ważne jest, aby człowiek pozwolił sobie na żal. Proces przeżywania żalu po stracie składa się z pięciu głównych etapów:

- szok, wyparcie się lub protest,
- uświadomienie,
- złość (wyrażanie niezadowolenia),
- depresja (złość skierowana do wewnątrz),
- zrozumienie i radzenie sobie z problemem (w tym planowanie nowych rozwiązań).

Choć wszyscy doskonale wiedzą, że śmierć jest nieodłącznym elementem życia ludzkiego, jego końcem, to bardzo trudnym zadaniem jest towarzysze-

Etapy przeżywania żalu po stracie



nie osobom odchodzącym oraz wspieranie ludzi, którzy stracili najbliższą osobę. Ludzie boją się śmierci, bo jest ona nieznaną i tajemniczą. Oczywiście łatwiej pogodzić się z faktem, że umarła osoba w podeszłym wieku, schorowana. Bardzo trudno jednak poradzić sobie z bólem, kiedy odchodzi osoba młoda, zdrowa, która dopiero zaczęła swoje życie, osoba, która miała swoje plany i marzenia, których jeszcze nie zdążyła zrealizować.

Pielęgniarki, które przecież na co dzień obcuja zarówno z wyzdrowieniem, jak i śmiercią, również przeżywają podobne rozterki. Często zastanawiają się: co mogą w tak trudnych sytuacjach zrobić, co mówić, pocieszać czy nie?

Po pierwsze, osoby zajmujące się pomaganiem w przeżywaniu żałoby muszą być świadome swoich własnych postaw wobec:

- straty,
- okazywania i przeżywania silnych emocji,

Po drugie, najlepszą pomocą w żałobie jest:

- akceptacja,
 - szczerość,
 - aktywne słuchanie.
- Po trzecie, należy pamiętać, że komfort emocjonalny chorego zależy od:
- stałej gotowości do rozmów, by móc wyrazić niepokój, lęk i zredukować go poprzez „wygadanie się”,
 - sposobu przekazywania informacji o stanie zdrowia,
 - utrzymywania żywego kontaktu z bliskimi,
 - odbudowy więzi emocjonalnych nadwątlonych przez chorobę,
 - problemów duchowych.

Zatem warto życzliwie obserwować chorego i dostosowywać działania do

jego potrzeb i reakcji. Chory jest osobą dyktującą sposób postępowania. Nie wolno mu niczego narzucać ani też działać zbyt pochopnie. Trzeba pamiętać, że każdy ma swój własny rytm i model przeżywania życia. Przekazywanie prawdy o chorobie czy złym rokowaniu powinno być procesem wieloetapowym, dostosowanym do indywidualnych możliwości przyjęcia treści bez psychicznego załamania konkretnego pacjenta. Ponadto proces ten należy uzupełnić wsparciem osób bliskich oraz częstą okazją do rozmowy, umożliwiającej wygadanie się, płacz, krzyk lub inne formy rozładowania napięcia emocjonalnego. Dodatkowo należy pamiętać, że w rozmowach z osobą umierającą często znacznie ważniejsze od słów mają symbole, postawa, gesty, spojrzenia i uśmiech.

mgr Jolanta Kałużna – psycholog



Centrum Edukacji ERUDIO
www.erudio.com.pl
 tel. (0-42) 630 95 59, kom. 0-784 009 277
 Łódź, ul. Sienkiewicza 47 (przy Tuwima)

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
 PRZEZ TELEFON
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo epidemiologiczne • Organizacja i zarządzanie • Pielęgniarstwo rodzinne • Pielęgniarstwo operacyjne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo anestezjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo opieki paliatywnej • Pielęgniarstwo w ochronie zdrowia pracujących • Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania • Pielęgniarstwo nefrologiczne z dializoterapią • Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo pediatryczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Przygotowanie i podawanie leków przeciwnowotworowych u dorosłych

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

Szczepienia ochronne noworodków • Monitorowanie dobrostanu płodu w czasie ciąży i podczas porodu

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi • Żywnienie enteralne i parenteralne

CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIP W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁODZI

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/V z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/V z dnia 10 marca 2009 roku OIPIP w Łodzi, w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego, można ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach

GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!

PŁATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

!!! UWAGA NOWOŚĆ !!!

**SEMINARIUM W ZAKRESIE EKG
 DLA RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH
 (8 PUNKTÓW EDUKACYJNYCH)**

Zaburzenia nerwicowe i syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek oddziałów psychiatrycznych

Tak zwane zaburzenia nerwicowe występują u 20 – 30 proc. populacji osób dorosłych. Chorzy na te zaburzenia stanowią 50 – 60 proc. pacjentów lekarza pierwszego kontaktu.

Obraz kliniczny pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi zazwyczaj jest mieszaniłą objawów, będących kryteriami rozpoznania różnych zaburzeń i cech osobowości. Często dostrzega się też, że jedne symptomy znikają (a może pacjent o nich opowiadać) pojawiają się w ich miejsce inne. Zjawisko to próbuje się wyjaśniać współwystępowaniem u takiego chorego kilku różnych zaburzeń – co jednak nie jest wystarczająco przekonujące.

Zaburzenia nerwicowe to zespół wielu, równocześnie występujących dolegliwości – objawów o charakterze dysfunkcji, przeżywania i zachowania oraz zakłóceń czynności narządów ciała. Objawy te często mają szczególne, symboliczne znaczenie, wyrażając nieświadomione przez pacjenta trudności w przeżywaniu, „radzeniu sobie z samym sobą”, a zarazem pełnią funkcję komunikatu, którym pacjent oddziałuje na otoczenie.

Zaburzenia nerwicowe są najczęściej konsekwencją deficytów osobowości, uniemożliwiających radzenie sobie z sytuacjami stwarzanymi przez życie. Powstające wówczas konflikty między różnymi aspektami przeżywania (intrapsychiczne), wyparte ze świadomości, wyrażają się objawami nerwicowymi.

Wypalenie zawodowe to stan fizycznego, emocjonalnego i umysłowego wyczerpania przejawiający się poprzez chroniczne zmęczenie. Towarzyszy mu negatywna postawa wobec pracy, ludzi i życia poczucie bezradności oraz położenia. Obniżona samoocena objawia się poczuciem własnej nieadekwatności, niekompetencji i zniechęceniem.

Czynnikiem kluczowym dla rozwoju wypalenia jest uogólnione doświadczenie niepowodzenia w zmaganiu się ze stresem i obciążeniami emocjonalnymi wykonywanego zawodu. Wypalenie jest nie tyle bezpośrednim skutkiem przewlekłego stresu zawodowe-

go, ile stresu nie zmodyfikowanego własną aktywnością zaradczą.

Wypalenie to psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, obniżonego poczucia dokonania osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi. Tematyka wypalenia zawodowego stała się w ostatnich czasach przedmiotem zainteresowań badaczy różnych dziedzin.

Zjawisko wypalenia zawodowego ujawniło się w latach 70, choć istniało ono prawdopodobnie wcześniej. Można jednak sądzić, że przemiany cywilizacyjne i wzrastające wymagania stawiane zawodom służb społecznych spowodowały, że koszty psychologiczne, jakie ponoszą w swojej pracy pielęgniarki, nauczyciele, lekarze, pracownicy społeczni itp. są coraz poważniejsze. Reprezentanci tych zawodów doświadczają więcej stresu, z którym trudno sobie poradzić, wyczerpują się, są chronicznie zmęczeni, mniej zadowoleni z pracy.

Wśród autorów istnieje pewien consensus co do ujmowania wypalenia jako zespołu trzech odmiennych zjawisk psychologicznych. Istnieje zgodność co do objawu, od którego prawdopodobnie rozpoczyna się proces wypalania się, a jest nim psychofizyczne, emocjonalne wyczerpanie.

Zaburzenia nerwicowe to zespół wielu, równocześnie występujących dolegliwości – objawów o charakterze dysfunkcji, przeżywania i zachowania oraz zakłóceń czynności narządów ciała.

Pracownicy psychiatrycznej opieki zdrowotnej mogą być szczególnie narażeni na występowanie wypalenia zawodowego ze względu na specyfikę pracy z pacjentem psychicznie chorym.

Personel psychiatryczny ma do czynienia w swojej codziennej pracy z zagrożeniem, agresją, nieprzewidywalnością zachowań pacjentów. Ryzyko popełnienia przez nich samobójstwa jest szczególnie obciążające. Pracownicy odczuwają dyskomfort związany z leczeniem pacjentów przyjętych wbrew ich woli, koniecznością stosowania przymusu bezpośredniego.

Praca powinna dostarczać satysfakcję, poczucie bezpieczeństwa i spełnienia. Na pewno zaspokajają naturalną dążność do rozwoju, bycia potrzebnym, akceptowanym. Ofiaruje ponadto sposobność do nawiązywania kontaktów społecznych, znalezienia przyjaznego, inspirującego kręgu grupy zawodowej. Kierując się wyborem tematu pracy brałam pod uwagę to, że ponad 20 lat pracuję na oddziale psychiatrycznym. Problemy związane z wykonywaniem pracy nie są mi obce, dotyczą mnie i moje koleżanki każdego dnia, gdy niesiemy pomoc innym ludziom.

Dobre zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne samopoczucie umożliwia prowadzenie twórczego, szczęśliwego życia, sprzyja rozwojowi społecznemu, zwiększa szanse realizacji celów i osiągnięciu satysfakcjonującego poziomu jakości życia. Od lat problem wypalenia zawodowego był bagatelizowany.

Ostatnio zjawisko to z racji swojego zasięgu i poziomu nasilenia podlega licznym badaniom i obserwacjom. Zjawisko wypalenia jest procesem, gdyż jest rozłożony w czasie, tzn. może rozwijać się i trwać przez wiele lat. Zespół ten ma również charakter dynamiki o czym świadczą kolejno wyłaniające się etapy, które można wyróżnić na drodze rozwoju. Wypaleniu zawodowemu ulegają najczęściej osoby o wysokim stopniu zaangażowania i motywacji do pracy.

Grupa badana obejmuje 60 pielęgniarek pracujących na oddziałach psychiatrycznych. Kobiety w wieku od 41

Wypalenie zawodowe to stan fizycznego, emocjonalnego i umysłowego wyczerpania przejawiający się poprzez chroniczne zmęczenie. Towarzyszy mu negatywna postawa wobec pracy, ludzi i życia poczucie bezradności oraz położenia.

do 50 lat stanowiły połowę wszystkich badanych, następne miejsce zajmują ankietowane w przedziale wiekowym od 31 do 41 lat, stanowiły one 35 proc. grupy. Respondentki charakteryzowały się niezbyt dużą zmiennością wieku. Większość odpowiadających osób mieszka w mieście a pozostała część (20 proc.) zamieszkuje wieś. W 75 proc. kobiety te są zamężne.

Najwięcej pielęgniarek posiada wykształcenie średnie medyczne, 11,7 proc. posiada licencjat pielęgniarstwa. Jak wynika z ankiety 16,7 proc. ukończyła studia wyższe pielęgniarские.

Praca pielęgniarki jest jednym z najlepszych przykładów profesji, której zagraża wystąpienie wypalenia zawodowego. Pojęcie wypalenia jest znane w środowisku, co potwierdziły obecne badania. 98,3 proc. potwierdza znajomość terminu, tylko jedna ankietowana dała odpowiedź negatywną.

Również obserwacje przeprowadzone na Śląsku wykazały, że 59 proc. pielęgniarek wiedziało dokładnie, co to jest zespół wypalenia zawodowego, ale 23 proc. z nich słyszało tylko to określenie, lecz nie znało go dokładnie, a 14,8 proc. osób słyszało je po raz pierwszy.

Analizując wyniki badań Kwestionariusza Objawowego S II J. Aleksandrowicza widzimy ścisłe powiązania z występowaniem zaburzeń nerwicowych

a wypaleniem zawodowym u pielęgniarek psychiatrycznych. Do zaburzeń nerwicowych zaliczamy:

- zaburzenia lękowe,
- zaburzenia somatyczne,
- zaburzenia hipochondryczne,
- zaburzenia myślenia,
- zespół zmęczenia (neurastenia),
- dystymia,
- zaburzenia snu,
- dysfunkcja seksualna,
- chwiejność emocjonalna,
- zakłócenia w relacjach społecznych.

Ocena globalna

Przystępując do oceny globalnej wyników Kwestionariusza Objawowego S II należy stwierdzić, że aż 36,7 proc. badanych uzyskało powyżej 165 punktów. Wyniki te świadczą o istnieniu u pielęgniarek zaburzeń nerwicowych wymagających leczenia. Następną grupę stanowią osoby, które charakteryzują się nie utrwalonymi zaburzeniami nerwicowymi (26,6 proc.). Można je określić jako przejściowe, wskazana w tych przypadkach jest psychoprofilaktyka lub konsultacja psychologa. Grupa osób zdrowych stanowi 36,6 proc.

Pielęgniarki ze względu na rosnące obciążenia i wymogi związane z wykonywaną pracą, doświadczają coraz większego stresu na tle zawodowym, który zakłóca ich funkcjonalną homeostazę.

Respondentki w zdecydowanej większości pracowały w systemie 12-godzinnym dwuzmianowym (75 proc.).

Zapewne system takiej pracy nie jest bez znaczenia na występowanie zaburzeń snu, u 40 proc. ankietowanych stwierdzono takie zaburzenia. W prezentowanej pracy T. Modzelewskiej, T. B. Kulik połowa respondentek ma często trudności z zasypianiem, około 28 proc. nie doświadczyła takich problemów, natomiast 9 proc. zawsze ma trudności z zaśnięciem.

W Kwestionariuszu Objawowym S II ocena tych zaburzeń polega na analizie odpowiedzi na 4 pytania dotyczące występowania: strasznych, koszmarnych snów, trudności w zasypia-

niu, częstego budzenia się w nocy i bezsenności.

Wyżej wymienione objawy występują również w innych opisanych zespołach nerwicowych.

Zakłócenia w relacjach społecznych występują u 50 proc. badanych. Zdaniem M. Anczewskiej wypalenie zawodowe jest problemem nie tylko egzystencjonalnym, ale i etycznym. Jest to dramat wewnętrznego zagubienia się w relacjach z samym sobą i ze światem, problem utraty nadziei i zamknięcia się w lęku. Zdaniem autorki im mniejsza jest nadzieja człowieka, tym mniejsza staje się przestrzeń otwarcia na świat i innego człowieka.

Dość często występującym syndromem była chwiejność emocjonalna, 38,3 proc. badanych osiągnęła wyniki przeciętne.

Z badań opracowanych przez H. Sęk emocjonalne wyczerpanie wywołuje depersonalizowanie, depersonalizowanie powoduje zaniżanie osobistych osiągnięć zawodowych, co zwrócić nasila emocjonalne wyczerpanie. Jest to klasyczna, samo wyzwalająca struktura procesów wypalania, opisana w literaturze.

W psychiatrii obciążenie emocjonalne personelu ma źródło nie tylko w kontakcie samym z sobą, ale również z koniecznością uczestniczenia w sprawach rodzinnych pacjentów, rozwiązywania ich problemów społecznych i konfliktów z otoczeniem.

E. Wilczek-Różycka dane, jakie uzyskała z przeprowadzonych badań, świadczą o wyraźnej tendencji do tłumienia emocji negatywnych. Pielęgniarki cechują się skłonnością do kumulowania negatywnych emocji, co może mieć związek z występującym u nich lękiem i depresją.

Kolejną grupą syndromów nerwicowych są zaburzenia somatyczne, które występowały u 48,3 proc. pielęgniarek ankietowanych, 42 proc. z nich uzyskała wyniki przeciętne. Są to: rozmaite zaburzenia nie spowodowane chorobą somatyczną ani widocznymi dysfunkcjami układu autonomicznego, lokalizowane w jednym narządzie lub układzie i wiązane w czasie z wy-

darzeniami o charakterze stresu lub z pojawieniem się w życiu problemów, które trudno rozwiązać.

Zjawisko wypalania się oznacza stan psychicznego, fizycznego i duchowego wypalania, poczucia niemocy, beznadziejności oraz braku energii. Zespół zmęczenia oraz zaburzenia myślenia występowały u około 40 proc. pielęgniarek psychiatrycznych uczestniczących w badaniach. Wyniki uzyskane to przeciętne.

Wśród stresorów związanych z codziennymi obowiązkami zdrowotnymi w psychiatrycznej opiece zdrowotnej, wymienia się następujące wymagania w pracy: nadmierne obciążenie zadaniami, presję czasu, bezpośredni kontakt z pacjentami, konfrontacje z ich problemami socjalnymi i rodzinnymi, z agresją oraz niekorzystne warunki środowiskowe.

Z wywiadów uzyskanych metodą focus group wynika, że personel psychiatryczny uskarża się na złe zarządzanie, biurokrację, mało zadawalającą superwizję. Powoduje to pogorszenie opieki, wzrost zagrożenia zawodowego. Pacjentami opiekują się coraz bardziej przeciążeni, rozczarowani, mało pewni siebie pracownicy. Nie starcza im czasu na interwencje terapeutyczne – pogarsza się jakość opieki, gdyż skupiają się głównie na bezpieczeństwie pacjenta i samym sobie.

Wiele osób cierpi z powodów nerwicowych, które rozwijają się tak stopniowo i powoli, że nie spostrzegają oni spowodowanych nimi dolegliwości jako zaburzeń psychicznych. Przyzwyczajają się do nich jak do pewnych cech swojego charakteru.

Pracownicy psychiatrycznej opieki zdrowotnej są grupą działającą szczególnie w stresujących warunkach, a tym samym sprzyjających występowaniu wypalania zawodowego i zaburzeń nerwicowych. Pracownicy, którzy wytrwali tak długo w tym zawodzie pomimo czynników stresujących, twierdzą że praca dostarcza satysfakcji i są przekonani o sensie wykonywanej pracy. A może kierują się powołaniem, którego nie da się obiektywnie oszacować, 60 proc. pielęgni-

rek badanych stwierdziło, iż odczuwa satysfakcję z wykonywanej pracy, pomimo trudności związanych z wykonywaniem tego zawodu.

Skala narażenia pielęgniarek w miejscu pracy, jak wykazują wyniki światowych badań, jest bardzo duża. Według IMP mogą to być dolegliwości fizyczne, problemy w zakresie zdrowia psychicznego oraz problemy w zakresie funkcjonowania zawodowego.

Ankietowane stwierdzały, że spotkały się z mobingiem w swojej pracy (31,7 proc.), natomiast 56,7 proc. wskazuje na występowanie konfliktów ze współpracownikami.

Przypominam, iż w dominujących syndromach Kwestionariusza Objawowego S II na problem zakłóceń relacji społecznych uskarżała się połowa ankietowanych. Stres związany z wielodyscyplinarnym charakterem pracy i zaangażowanym procesem leczenia i pielęgnowania chorego powoduje konflikty, brak wzajemnego poszanowania pomiędzy profesjonalistami różnych dziedzin i o różnym poziomie wykształcenia.

Pielęgniarstwo jest zawodem stresującym, prawie 100 proc. ankietowanych dało pozytywną odpowiedź. Z badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych na grupie 182 pielęgniarek pediatrycznych wynika, że czynnikiem najbardziej stresującym jest zgon młodego człowieka.

Największym problemem wywołującym sytuacje stresowe badanej grupy pielęgniarek psychiatrycznych jest agresja i nieprzewidywalność chorego.

Agresja słowna i fizyczna – jako nadużycie praw człowieka i praw pracownika oraz narażenie na nią – uważana jest za jeden z najpoważniejszych czynników zmieniających miejsce pracy w zagrażające i odpychające. W opinii M. Anczewskiej agresja w psychiatrii wzbudza wiele kontrowersji, gdyż coraz częściej podkreśla się, że winę za nią ponoszą błędy organizacyjne, jak np. przepełnienie oddziałów i cięcia budżetowe.

Zestresowani, wypaleni pracownicy obojętnieją wobec problemów doświadczanych przez podopiecznych,

traktują ich przedmiotowo, co powoduje odmowę współpracy pacjentów.

Wskaźnik obciążeń wśród służb psychiatrycznych jest dwukrotnie większy niż w innych zawodach.

Respondentki po zakończonej pracy uskarżały się najczęściej na wyczerpanie (38,3 proc.) oraz uczucie codziennego zmęczenia (28,3 proc.). Zdaniem H. Sęk do uciążliwości zawodu pielęgniarki możemy zaliczyć: zmianowość, pracę w nocy, nieregularny tryb życia, kontakt z brudem, wydzielinami, z odchodami. Zaznaczono też uciążliwe elementy pracy fizycznej, nieuchronne przy pielęgnacji i zabiegach oraz bliski kontakt z chorym, stwarzający ryzyko zarażenia się od pacjenta.

Z przeprowadzonych badań własnych wynika, że zbyt wiele obowiązków zawodowych powoduje u niemal połowy ankietowanych (48,3 proc.) niechęć chodzenia do pracy. Przeciążenie pracą powoduje poirytowanie oraz częste choroby u 60 proc. ankietowanych.

Obciążające są również stereotypy społeczne dotyczące personelu, pracy w psychiatrii i pacjentów. McLeod (1997) stwierdza, że pielęgniarki psychiatryczne przeżywają znaczący stres z chorymi psychicznie, czują, że ich praca jest mało ceniona w porównaniu z pracą innych specjalności.

Również niewspółmierność poziomu zarobków w stosunku do wymagań zawodu sprawia, że u 78,3 proc. badanych występuje często lub okresowo myśl o zmianie zawodu.

Nawiązując do celów pracy na podstawie przeprowadzonych badań mogą stwierdzić, że wypalenie zawodowe nie pojawia się z dnia na dzień. To złożony proces, w którym dochodzi do skumulowania się wielu symptomów informujących o pogłębiających się problemach. Dlatego właściwa i szybka autodiagnoza umożliwi podjęcie działań zaradczych.

Jeżeli mamy poczucie, że zagraża nam wypalenie lub utraciliśmy już zdolność odczuwania przyjemności ze swojej pracy, pomocne mogą być następujące rady:

– poddajmy weryfikacji swoje cele i priorytety,

- jeżeli odczuwamy nadmiar obowiązków, dokonajmy ich redukcji poprzez wycofanie się z pewnych zadań,
- usprawnijmy swoje umiejętności w zakresie radzenia sobie ze stresem,
- sprawdźmy, które obszary naszego życia – praca, rodzina etc. – generują stres i postarajmy się to zmienić,
- poszukajmy odpowiedniego dla siebie hobby, to doskonale regeneruje umysł,
- przyznajmy sobie prawo do wypoczynku, relaksu, przyjemności, zmian.

Literatura:

1. Anczewska M.: *Monografie psychiatryczne. Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Warszawa, IPIŃ, 2006.

2. Anczewska M., Świtaj P., Roszczyńska J.: *Wypalenie zawodowe. Postępy w psychiatrii i neurologii*, 2005, 14 (2), s.67-77.

3. Modzelewska T., Kulik T.B.: *Zachowania prozdrowotne pielęgniarek, a zespół wypalenia zawodowego*. *Pielęgniarka i Położna* 2002, 44 (10) s. 8 -10.

4. Mojs E., Głowacka D.: *Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek*. *Nowiny Lekarskie* 2005: 74(2) s. 238-243.

5. Michałek E., Kosińska M.: *Stresopochodne zaburzenia emocjonalne występujące u pielęgniarek* ANN.ACAD.MED.SI-CES.2001: 48\49 s. 97-106.

6. Saplik B.I., Steciwko A.: *Wypalenie zawodowe jako problem personelu medycznego stacji dializ. Jak radzić sobie z wypaleniem zawodowym i stresem*. *Problemy Lekarskie* 2004: 43(3\4) s. 100-104.

7. Siemiński M., Nitka-Siemińska A., Nyka W.M.: *Zespół Wypalenia*. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2007:1(1) s 45-49.



KAPITAŁ LUDZKI
CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt "Wiedza to lepsze leczenie" współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Fundacja GAJUSZ
Hospicjum Domowe dla Dzieci Ziemi Łódzkiej
w ramach projektu **Wiedza to lepsze leczenie**
zaprasza na **bezpłatne kursy**
z zakresu opieki paliatywnej nad dziećmi:

- KURS 1** Perinatalna opieka paliatywna w praktyce pielęgniarskiej
Kurs adresowany w szczególności do personelu pielęgniarskiego oddziałów neonatologicznych
- KURS 2** Opieka paliatywna i długoterminowa nad dziećmi w praktyce pielęgniarki środowiskowej i rodzinnej
Kurs adresowany w szczególności do personelu pielęgniarskiego podstawowej opieki zdrowotnej
- KURS 3** W ramach projektu proponujemy również udział w 2-tygodniowych indywidualnych stażach w Hospicjum Domowym dla Dzieci Ziemi Łódzkiej

Kursy organizowane będą w roku 2010.
Szczegółowy program kursów, terminy spotkań oraz formularz zgłoszeniowy dostępne na stronie:
www.gajusz.org.pl/wiedzatolepszeleczenie

GAJUSZ
fundacja

BIURO Projektu:
90-406 Łódź, Piotrkowska 17
tel. +48 42 631 00 41



Instytucja Pośrednicząca



DOMOWA OPIEKA PALIATYWNA NAD DZIEĆMI z perspektywy pielęgniarki

*„Kiedy śmieje się dziecko,
śmieje się cały świat.”*

Janusz Korczak

Opieka paliatywna jest czynną, całościową opieką nad chorymi, których choroba nie poddaje się skutecznemu leczeniu przy czynowemu. Obejmuje zapobieganie i uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych. Jest to wielokierunkowe działanie sprawowane przez wielodyscyplinarny zespół, dlatego skupia się również na łagodzeniu cierpienia psychicznego, duchowego i socjalnego. Wsparciem zespołu objęta jest również rodzina chorego, zarówno podczas trwania choroby jak i po jego śmierci, w okresie osierocenia. Celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia, a nie dążenie do wyleczenia lub zahamowania rozwoju choroby kosztem dodatkowych cierpień. Najbardziej rozpowszechnionymi formami organizacyjnymi opieki paliatywnej są: opieka hospicyjna stacjonarna i domowa. Nam szczególnie bliska jest opieka domowa, ponieważ jesteśmy pielęgniarkami w hospicjum domowym dla dzieci. Chciałybyśmy podzielić się refleksjami dotyczącymi istoty naszej pracy szczególnie z tymi wszystkimi, którym już samo słowo "hospicjum" mrozi krew w żyłach i kojarzy się tylko z umieraniem.

Hospicjum domowe dla dzieci opiekuje się małymi pacjentami z chorobami neurologicznymi, metabolicznymi, onkologicznymi, wadami genetycznymi i innymi schorzeniami ograniczającymi życie. Pracujemy w zespole, w skład którego wchodzi: lekarze, pielęgniarki, rehabilitant, psycholog, pracownicy socjalni, kapelan, wolontariusze. Prowadzimy całonocną opiekę dyżurową, zapewniamy regularne wizyty lekarzy i pielęgniarek a także wizyty innych pracowników w/g potrzeb. Dostarczamy do domów chorych dzieci niezbędny sprzęt medyczny taki jak: koncentratory tlenu, ssaki, inhalatory, łóżka rehabilitacyjne oraz leki. Szkolimy rodziców w zakresie obsługi sprzętu medycznego, podaży leków i pielęgnacji w warunkach domowych. Gdyby nie opieka hospicjum

domowego część naszych pacjentów nigdy nie zamieszkałaby w swoich domach, skazana na nieustający pobyt w szpitalu. A przecież nawet najlepszy szpital nie ma w sobie rodzinnej, domowej atmosfery. Nic nie zastąpi dziecku kontaktu z rodziną, obydwojgiem rodziców, czy towarzystwa ukochanych zwierzątek.

Staramy się również troszczyć o przyjazną atmosferę; przychodzimy do naszych podopiecznych i zachowujemy się jak goście, szanując gospodarzy i zwyczaje panujące w ich domach. Dbamy o to, by w naszych działaniach nie zabrakło czasu na rozmowę. Często zdarza się, że rodzice mają niewielką wiedzę na temat choroby, leczenia i pielęgnacji swojego dziecka, ponieważ nikt wcześniej nie udzielił im wyczerpujących informacji. Takie trudne rozmowy często odbywają się przy herbacie, bez hałasu i pośpiechu, jakie panują w warunkach szpitalnych.

W życiu naszych pacjentów i ich rodzin ważną rolę odgrywa czas. Jest on bardzo cenny, bo ograniczony śmiertelną chorobą dziecka. Staramy się zatem pomóc rodzinie dobrze wykorzystać ten czas niosąc ulgę nie tylko w cierpieniach fizycznych, ale także dostarczając możliwości wspólnych wyjazdów, spotkań w gronie rodzin hospicyjnych, wycieczek do kina i innych miejsc (o ile stan dziecka na to pozwala). Wizyty pielęgniarskie to nie tylko czynności pielęgnacyjne i zabiegi medyczne, to również zabawa z dziećmi, sprawianie im drobnych przyjemności. I najtrudniejszy element naszej pracy - towarzyszenie w tych najcięższych chwilach, kiedy choroba dziecka postępuje, a jej objawy powodują coraz więcej cierpienia i kiedy nasz mały pacjent umiera. Dla rodziny są to niewyobrażalnie ciężkie przeżycia. Także dla nas te rozstania nie są łatwe, bo przecież przez cały czas opieki nad dzieckiem tworzą się między nami serdeczne relacje. Kończąc chcemy przytoczyć fragmenty wypowiedzi mamy, której córka była pod opieką naszego hospicjum.

„Nikt nie wierzył, że uda mi się zabrać córeczkę do domu. Decyzja o powrocie do domu i opiece hospicjum była najważniejsza. Kiedy przywoziłam Ją do domu czułam się jakbym dostała skrzydeł. Nareszcie moje dzieci były razem i ze mną. Najważniejsze jest, że dziecko może być w domu, z rodziną. Ważne, że nie trzeba martwić się o leki, hospicjum dostarczy też potrzebny sprzęt. Pracują tam rewelacyjni ludzie. Zespół specjalistów od wszystkiego. Dla mnie ważne było to, że dziecko może odejść w domu, wśród najbliższych, którzy Je bardzo kochają i chcą być z Nim do ostatniej chwili Jego życia”.

Te słowa najpiękniej świadczą o tym, że nasza praca ma sens; że mimo smutku i cierpienia, jakie spotykamy, możemy z niej czerpać radość i spełnienie.

Koleżanki i Kolegów pragnących poznać bliżej naszą pracę zapraszamy na szkolenia organizowane w naszym Hospicjum współfinansowane przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Jesteśmy głęboko przekonane, że udział w nich przyczyni się do poprawy współpracy pomiędzy naszym zespołem a personelem pielęgniarskim opiekującym się nieuleczalnie chorymi dziećmi w oddziałach pediatrycznych i podstawowej opiece zdrowotnej.

Pielęgniarki Hospicjum Domowego dla Dzieci Ziemi Łódzkiej w Łodzi

Edyta Kochańska
Anetta Hanuszkiewicz

GAJUSZ
fundacja

Realizator projektu



Łódzkie

Institucja Pośrednicząca

Postawy społeczne w stosunku do osób chorych psychicznie

Przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu

Zapobieganie chronizacji choroby, zgodnie z celami profilaktyki trzeciego stopnia, jest jednym z głównych założeń polityki prozdrowotnej wobec osób chorych psychicznie.

Niezbędnymi warunkami do osiągnięcia tego celu m.in. są:

- 1) skracanie okresu hospitalizacji,
- 2) podejmowanie wszelkich działań prowadzących do wydłużenia remisji choroby psychicznej,
- 3) dostępność chorych do nowoczesnych metod terapeutycznych.

Długotrwała hospitalizacja w dużej mierze przyczynia się do chronizacji choroby psychicznej. Dzieje się tak dlatego, gdyż socjo-psychologiczne środowisko szpitala psychiatrycznego niesie ze sobą skutki, takie jak izolacja społeczna chorego, oderwanie od pełnionych ról, co w konsekwencji prowadzi do desocjalizacji.

Dlatego w Europie Zachodniej i USA od lat sześćdziesiątych ubiegłego wieku uzasadnia się potrzebę przenoszenia ciężaru opieki nad osobami psychicznie chorymi do środowiska.

Środowiskowy model terapii i rehabilitacji w dużej mierze zależy jednak od postaw społecznych wobec chorych, a przede wszystkim gotowości lokalnych społeczności do współudziału w procesie reintegracji, zwłaszcza osób hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych.

Postawa to:

- względnie trwała podatność na uleganie określonym bodźcom (Newkomb, Turner),
- dla osoby chorej psychicznie postawy społeczne mogą mieć znaczenie dodatnie (np. postawa akceptacji chorego, wsparcia) lub ujemne (np. odrzucenie, obawa).

Z postaw społecznych bezpośrednio wynika zjawisko stygmatyzacji, towarzyszące zaburzeniom psychicznym i

Z postaw społecznych bezpośrednio wynika zjawisko stygmatyzacji, towarzyszące zaburzeniom psychicznym i niosące dla chorego oraz jego rodziny wyłącznie ujemne skutki.

niosące dla chorego oraz jego rodziny wyłącznie ujemne skutki.

Stygmatyzacja to napiętnowanie, określenie kogoś jako odbiegającego od normy, wyróżnienie danej jednostki lub grupy jako obiektu dyskryminacji przez przypisanie jej niepożądanego cechy.

Stygmatyzacja prowadzi do negatywnych reakcji ze strony otoczenia, co w konsekwencji warunkuje sposób życia osób chorych i niepełnosprawnych.

W ramach tego procesu występuje tendencja do społecznego definiowania określonej osoby wyłącznie w kategoriach stygmatyzującej właściwości. Charakteryzuje ją zredukowanie wszystkich właściwości człowieka do jednego wymiaru, jednej dominującej cechy związanej z określonym stygmatem (Scheff teoria stygmatyzacji psychiatrycznej, labelingu).

Stygmatyzacja stanowi również jeden z powodów nie podejmowania bądź odrzucania przez psychicznie chorych leczenia. Badania Serbana i Thomasa wykazały, jak silny ładunek emocjonalny wiąże się z uznaniem przez chorego potrzeby podjęcia leczenia.

nia – 39 proc. badanych przerwałoby leczenie, gdyby różniło to ich od innych ludzi.

Pojęcia „choroba psychiczna” i „chory psychicznie”, zarówno w przeszłości jak i współcześnie, są obciążone w świadomości społecznej wieloma negatywnymi stereotypami.

Dowodem na to jest choćby występowanie w języku potocznym wielu pejoratywnych, ironicznych, a nawet kpiących określeń odnoszących się do osób z zaburzeniami psychicznymi bądź instytucji leczenia psychiatrycznego.

Od lat czterdziestych XX wieku prowadzi się w świecie badania opinii publicznej w tym zakresie. Potwierdziły one, że chorych psychicznie powszechnie postrzegano jako niebezpiecznych, nieprzewidywalnych i mało wartościowych. Postawy społeczne cechowały się lękiem, nieufnością i niechęcią.

Te negatywne postawy, jak podkreślali autorzy badań, były przede wszystkim efektem braku informacji o istocie zaburzeń psychicznych i powszechnej ignorancji.

Pionierami tych badań były Stany Zjednoczone.

Dla rozwoju metod pomiaru społecznego dystansu wobec chorych psychicznie, a szczególnie oceny społecznych konsekwencji hospitalizacji psychiatrycznej przełomowe znaczenie miało skonstruowanie skali Charlesa Whatleya (1959).

Była to skala wzorowana na pionierskiej skali E. S. Bogardusa i służyła do pomiaru stopnia akceptacji oraz zgody na zakres kontaktów z osobą po przebyciu leczenia psychiatrycznym. Skala składała się z ośmiu stwierdzeń wprowadzających respondentów w hipotetyczne bliskie stosunki z osobami, które leczyły się z powodu zaburzeń psychicznych.

Od początku lat sześćdziesiątych wielu badaczy zaczęło dostrzegać pozytywne zmiany w społecznym postrzeganiu choroby psychicznej.

Coraz więcej ludzi zaczęło akceptować zaburzenia psychiczne i uważać je za takie same choroby jak inne. Oczywiście te zmiany poglądów następowały w różnych krajach w różnym tempie, a nawet różniły się w obrębie społeczności lokalnych.

Badania Bentza i Edgertona (USA, 1970):

– porównano postawy 1400 osób jako reprezentatywnej próby

z postawami 418 lokalnych liderów życia politycznego,

– użyto kwestionariusza liczącego 157 pytań,

– stwierdzono podobnie przychylne postawy w obu grupach,

– ponad 50 proc. respondentów uważała, że dla pacjentów psychiatrycznych lepiej jest być w społeczności niż w szpitalu psychiatrycznym,

Badania Thompsona (USA, 1994):

– 84 proc. respondentów sądziło, że większość ludzi z problemami psychiatrycznymi może normalnie funkcjonować w społeczeństwie, jeżeli się leczą,

– 71 proc. ankietowanych wierzyło, że choroby psychiczne mogą być uleczalne,

W Polsce podobne badania postaw społecznych prowadzili Bizoń i współpracownicy (1965, 1967):

Stygmatyzacja to napiętnowanie, określenie kogoś jako odbiegającego od normy, wyróżnienie danej jednostki lub grupy jako obiektu dyskryminacji przez przypisanie jej niepożądanego cechy.

– badanie prowadzone wśród mieszkańców Warszawy,

– choroby psychiczne, jako przedmiot własnych obaw i lęku oraz zagrożenia dla społeczeństwa, zajęły czwartą lokatę (za chorobami nowotworowymi, wenerycznymi i gruźlicą),

– według opinii większości respondentów pobyt w szpitalu psychiatrycznym należy ukrywać, aby nie narazić się na wstyd, ośmieszenie, a nawet szykany,

– znaczna większość respondentów wykazywała tendencję do unikania kontaktów z chorymi psychicznie,

– dominowały również postawy nieufności i obojętności.

Według badań prowadzonych przez Annę Wykę (1975) tendencje izolacyjne wobec osób chorych psychicznie dominowały u osób z niższym wykształceniem, zaś najmniejsze w grupie osób z wyższym wykształceniem

Eugeniusz Ziarkowski (1980):

– przynależność do środowisk miejskich lub wiejskich wpływa na postawy wobec psychicznie chorych bardziej niż takie zmienne, jak: płeć, wiek i poziom wykształcenia,

– na wsi częściej uważano chorobę za nieuleczalną, a chorego psychicznie jako stanowiącego poważne zagrożenie.

Antonina Ostrowska (1981) – próba losowa dorosłej ludności Polski:

– według 78 proc. respondentów choroba psychiczna w porównaniu z innymi niesprawnościami powoduje izolację społeczną i niechęć ludzi oraz ogranicza możliwość zarobkowania,

– małżeństwa z osobą chorą psychicznie wolałoby uniknąć 86 proc. respondentów,

– kontaktów koleżeńskich nie chce 38 proc.

Według autorki jest to miarą znacznego dystansu społecznego.

Podobnie w roku 1996 CBOS prowadził badania obejmujące próbę losową dorosłej ludności Polski:

– mniej więcej co czwarty Polak boi się choroby psychicznej,

– lęk ten jest większy w stosunku do chorób groźnych dla życia (nowotwory, choroby serca, AIDS),

– występuje różnica między relatywnie mniejszym dystansem społecznym wobec chorych psychicznie, odczuwanym przez samych respondentów, a dystansem przypisywanym innym,

– dystans odczuwany przez nas samych jest zbyt deklaracyjny, a przypisywany innym – zbyt oskarżycielski,

– istotną rolę w rozkładzie opinii odgrywało wykształcenie,

– osoby z wykształceniem wyższym: istotnie częściej obawiały się chorób psychicznych, rzadziej uważały

osoby chore psychicznie za niebezpieczne, wyrażały większą aprobatę dla uruchomienia w okolicy ich zamieszkania placówek leczenia psychiatrycznego, w tym opieki środowiskowej.

Na podstawie porównania postaw społecznych w zakresie dystansu wobec chorych psychicznie (Wciórka 1996 i 1999) można zauważyć, zdaniem autora, niewielką poprawę, ale także stabilizację wielu negatywnych stereotypów:

- o 5 proc. zmniejszył się wskaźnik stosowania pejoratywnych określeń,
- obniżyły się miary dystansu społecznego w odniesieniu do chorych psychicznie wśród bezrobotnych i na wsi,
- zwiększyły się miary dystansu społecznego w odniesieniu do chorych psychicznie wśród kadry kierowniczej, inteligencji, osób pracujących na własny rachunek,
- o 7 proc. zmalała liczba respondentów deklarujących znajomość z osobą chorą psychicznie.

Niepokoji w wynikach tych badań fakt, że im bardziej odpowiedzialna rola społeczna, tym mniej aprobaty społecznej dla jej pełnienia przez osobę chorą psychicznie.

Trwałą tendencją jest również obserwowany w sondażach stosunkowo

duży dystans wobec chorych psychicznie w młodszych grupach wiekowych – w tym uczniów i studentów.

Na poprawę postaw wpływa doświadczenie kontaktu z osobami leczącymi się psychiatrycznie, z wyjątkiem, gdy te kontakty łączyły się z negatywnymi doświadczeniami.

Mechanizmy zachowań chorego psychicznie i jego rodziny w trudnej sytuacji, jaką niewątpliwie jest zachorowanie na psychozę, w dużej mierze uwarunkowane są postawami społecznymi i można je wyjaśnić poprzez odwołanie się do:

- sposobu postrzegania i rozumienia choroby przez jednostkę i otoczenie,
- sposobu postrzegania i rozumienia choroby przez otoczenie,
- uzyskiwanego wsparcia społecznego.

Należy więc podejmować wszelkie działania kształtujące właściwe postawy społeczne w odniesieniu do osób psychicznie chorych, przeciwdziałające stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu.

Wnioski:

1. Rokowanie chorego psychicznie zależy od jego społecznej sytuacji, relacji z innymi ludźmi, zależy od oczeki-

wań i wymagań, jakie środowisko stawia osobie chorej i niepełnosprawnej.

2. Należy podejmować wszelkie działania kształtujące właściwe postawy społeczne w odniesieniu do osób psychicznie chorych, przeciwdziałające stygmatyzacji i wykluczeniu społecznemu.

3. Działania zapobiegające stygmatyzacji wybiegają daleko poza sferę leczenia psychiatrycznego (od polityki społeczno-gospodarczej poprzez szkolnictwo i na mediach kończąc).

4. Wszyscy możemy być sprzymierzeńcami w kształtowaniu właściwych postaw społecznych w stosunku do osób chorych psychicznie i przeciwdziałać ich wykluczeniu społecznemu.

Literatura:

1. Barbaro B.: *Pacjent w swojej rodzinie*. Warszawa, Springer PWN, 1997.
2. Bishop G.: *Psychologia zdrowia*. Wrocław, Wydawnictwo Astrum, 2007.
3. Brodński W.: *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*. Warszawa, Oficyna Naukowa, 2000.
4. Birchwood M., Jackson C.: *Schizofrenia. Modele kliniczne*.
5. Tobiasz-Adamczyk B.: *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*. Kraków, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2000.

Informacja dla kandydatów do Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych informuje, iż zamierza od 01.01.2010 roku uruchomić kolejną klasę w zakresie kształcenia opiekunów medycznych w policealnej szkole dla dorosłych w systemie zaocznym. Kształcenie trwa dwa semestry, zajęcia odbywają się dwa dni w tygodniu, w tym jeden dzień w placówkach kształcenia praktycznego.

Po pozytywnym zaliczeniu wszystkich zajęć przewidzianych programem nauczania, słuchacze otrzymują świadectwo ukończenia szkoły i mogą przystąpić do egzaminu państwowego, dającego pełne kwalifikacje w zawodzie opiekuna medycznego.

Zainteresowane osoby mogą uzyskać wszelkie informacje w sekretariacie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych pod numerem telefonu: 042 633 71 06 wew. 318.

Wymagane dokumenty: podanie o przyjęcie, CV, ksero świadectwa ukończenia szkoły średniej, zaświadczenie od lekarza o braku przeciwwskazań do pracy w zawodzie opiekuna medycznego.

mgr Mariola Korzeniowska
dyrektor Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych



Wsparcie społeczne jako profilaktyka chorób

Aneta Siwienko

Wsparcie to zjawisko integracji społecznej wpływające na stan zdrowia populacji. Uważane jest za czynnik przyczyniający się do powstania choroby lub chroniący przed nią.

Osoby o niskim wsparciu społecznym częściej zapadają na choroby somatyczne (zawał serca, wrzody żołądka, nowotwory) oraz psychiczne (depresja).

Doświadczanie niepożądanych wydarzeń jest w życiu nieuniknione, natomiast osłabienie ich negatywnego wpływu na stan zdrowia jest możliwe dzięki szeroko rozumianemu systemowi wsparcia społecznego.

Wysoki poziom wsparcia społecznego jest czynnikiem chroniącym przed patologią spowodowaną stresem.

Wsparcie społeczne jest zapewnia- nie człowiekowi w jego codziennym życiu, w czasie ciągłych interakcji z innymi ludźmi. Jednak zapotrzebowanie na nie gwałtownie wzrasta w sytuacjach trudnych, w sytuacjach doświadczania stresujących wydarzeń życiowych.

Ludzie potrzebujący wsparcia odwołują się przede wszystkim do naturalnych źródeł oparcia – współmałżonków, rodziny, przyjaciół.

W dalszej kolejności korzystają z innych źródeł wsparcia społecznego

– sąsiadów, członków grup wsparcia, specjalistów.

Każda choroba, a zwłaszcza przewlekła, źle rokująca jest w nierozrwalny sposób związana ze zjawiskiem wsparcia.

Z jednej strony niski poziom wsparcia przy wysokim poziomie stresu może być czynnikiem predysponującym do zachorowania. Z drugiej strony wy-

Doświadczanie niepożądanych wydarzeń jest w życiu nieuniknione, natomiast osłabienie ich negatywnego wpływu na stan zdrowia jest możliwe dzięki szeroko rozumianemu systemowi wsparcia społecznego.

soki poziom wsparcia społecznego jest czynnikiem ułatwiającym walkę z już istniejącą chorobą.

Definicja i rodzaje wsparcia

Wsparcie społeczne określane jest jako rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej lub krytycznej.

W toku tej interakcji dochodzi do przekazywania lub wymiany emocji, informacji, instrumentów działania i dóbr materialnych. Wymiana ta może być jednostronna lub dwustronna, a kierunek w relacji dawca – biorca może być stały lub zmienny.

W dynamicznym układzie interakcji można wyróżnić osobę wspierającą, poszukującą, odbierającą lub otrzymującą wsparcie.

Aby ta wymiana społeczna była skuteczna, istotne jest zachowanie odpowiednich proporcji między rodzajem i wielkością udzielanego wsparcia i potrzebami odbiorcy. Celem interakcji wspierającej jest podtrzymanie na

Celem interakcji wspierającej jest podtrzymanie na duchu, zmniejszenie stresu, opanowanie kryzysu przez towarzyszenie, tworzenie poczucia przynależności i bezpieczeństwa, nadziei oraz zbliżenie do rozwiązania problemu i przezwyciężenia trudności.

duchu, zmniejszenie stresu, opanowanie kryzysu przez towarzyszenie, tworzenie poczucia przynależności i bezpieczeństwa, nadziei oraz zbliżenie do rozwiązania problemu i przezwyciężenia trudności.

Wyróżnia się następujące rodzaje wsparcia:

Wsparcie emocjonalne polega na przekazywaniu emocji podtrzymujących, uspokajających, odzwierciedlających troskę i pozytywne nastawienie do osoby wspieranej. Zachowania wspierające mają na celu stworzenie poczucia przynależności, opieki i podwyższenie samooceny. Dzięki wsparciu emocjonalnemu osoby cierpiące i przeżywające kryzys mogą uwolnić się od własnych napięć, podzielić negatywnymi uczuciami, mają możliwość wyrażenia swoich obaw, lęków i smutków. Poprawia to nie tylko samoocenę, ale wpływa też pozytywnie na samopoczucie. Właściwe zachowanie osoby udzielającej wsparcia wyzwala w ludziach poczucie nadziei. Ten rodzaj wsparcia występuje najpowszechniej, jest ono okazywane najczęściej. Nawet jeśli nie jest ono konieczne, zawsze jest oczekiwane przez osobę potrzebującą wsparcia.

Wsparcie informacyjne (poznawcze) polega na dostarczeniu takich informacji, które sprzyjają lepszemu zrozumieniu sytuacji, położenia życiowego, problemu. Zadaniem tego wsparcia jest także dostarczenie informacji zwrotnych o skuteczności działań zaradczych podejmowanych przez wspieraną osobę. Wsparcie informacyjne polega także na dzieleniu się własnymi doświadczeniami przez osoby przeżywające podobne trudności i problemy życiowe. Dlatego też jest najczę-

ściej spotykanym rodzajem wsparcia w grupach samopomocy.

Wsparcie rzeczowe (materialne) polega na świadczeniu pomocy materialnej, rzeczowej i finansowej oraz bezpośrednim, fizycznym działaniu na rzecz osób potrzebujących (np. dożywianie, udostępnienie schronienia, mieszkania, zaopatrzenie w odzież, lekarstwa itp.). Pomoc ta wiąże się z działalnością charytatywną. Ten rodzaj wsparcia jest najbardziej oczekiwany i potrzebny w sytuacjach klęsk żywiołowych i katastrof.

Wsparcie duchowe jest identyfikowane z opieką paliatywną/hospicyjną. Pomoc okazywana jest wobec cierpienia i bólu duchowego, związanego z sensem życia i śmierci.

Wsparcie, aby było skuteczne i spełniało terapeutyczną rolę, musi być dostosowane do potrzeb, trafne jakościowo i ilościowo.

Niewłaściwa pomoc otoczenia może mieć skutki negatywne i stać się dodatkowym obciążeniem dla osoby wspieranej. Nieprawidłowo udzielane wsparcie, przejęcie wszystkich problemów chorego i nadopieczniałość ze strony osoby udzielającej wsparcia mogą doprowadzić do uzależnienia się od pomocy („uwięźnięcie” w grupach samopomocy, zmniejszenie poczucia kompetencji do samodzielnego radzenia sobie z problemami).

Wpływ wsparcia społecznego na występowanie chorób

Wsparcie określane jest jako stymulator zdrowia, a jego prozdrowotna funkcja wielokrotnie została potwierdzona. W świadomości społecznej funkcjonuje przekonanie, że życzliwa obecność innych ludzi wywiera dobroczynny wpływ na zdrowie i samopoczucie jednostki. Wsparcie daje człowiekowi poczucie przynależności, które niezależnie od poziomu stresu działa ogólnie wzmacniająco. Można zatem stwierdzić, że osoby otoczone wsparciem są zdrowsze od tych, które wsparcia nie doznają.

Brak wsparcia (samotność) sprzyja niekorzystnym stanom zdrowia i zwiększa ryzyko śmierci.

Ludzie posiadający oparcie w innych i otoczeni środowiskiem udzielającym wsparcia (rodzina, przyjaciele, współpracownicy) są w znacznie mniejszym stopniu narażeni na stresujące wydarzenia lub łatwiej je znoszą, a co za tym idzie są w mniejszym stopniu narażeni na wystąpienie chorób.

Relacja między wsparciem społecznym a chorobą może być rozpatrywana na dwóch płaszczyznach. Może dotyczyć powstania i rozwoju choroby oraz roli wsparcia społecznego u osób dotkniętych chorobą.

Pożądane wsparcie społeczne zależy od przebiegu i rokowania choroby, aktualnego stanu psychofizycznego człowieka oraz środowiska w którym żyje. Pożądane wsparcie społeczne uzależnione jest także od warunków ekonomicznych chorego, sytuacji rodzinnej, mieszkaniowej i zawodowej.

Aneta Siwienko
studentka II roku studiów pomostowych,
praca napisana pod kierunkiem
mgr Agnieszki Renn-Żurek

Aby wymiana społeczna była skuteczna, istotne jest zachowanie odpowiednich proporcji między rodzajem i wielkością udzielanego wsparcia i potrzebami odbiorcy.

Cechy dorosłych dzieci alkoholików (DDA)

Wymienione w zeszłym numerze Biuletynu cechy dorosłych dzieci alkoholików chciałbym dokładniej omówić. W tym artykule odniosę się do trzech następujących:

1. Dorosłe dzieci alkoholików muszą domyślać się, jakie zachowania są normalne.

2. Dorosłe dzieci alkoholików mają trudności z przeprowadzeniem swoich zamiarów od początku do końca.

3. Dorosłe dzieci alkoholików kłamią, gdy równie łatwo byłoby powiedzieć prawdę.

Atmosfera panująca w domu dotkniętym alkoholizmem w istotny sposób wpłynęła na późniejsze funkcjonowanie dzieci wychowujących się w niej. W rodzinie dysfunkcyjnej, jaką niewątpliwie była rodzina alkoholowa, wszystko było inne. Mimo że rodzina powinna być miejscem, gdzie dzieci uczą się miłości, wzajemnego zrozumienia oraz tego jak żyć, to w domu alkoholika dochodziło do ciągłych kłótni i awantur. Relacje panujące w niej były zaburzone i często odwrócone – dzieci pełniły role rodziców, a rodzice nieumiejący spełniać się w swojej roli przyjmowali rolę dzieci. Zachowania rodziców były nieprzewidywalne, tak samo jak cała sytuacja w domu, gdzie panował niepokój, lęk i ciągłe napięcie – sytuacja była nieprzewidywalna, pełna niespodziewanych zdarzeń. Nic w domu nie było normalne – relacje, sytuacje i atmosfera.

W rodzinie dysfunkcyjnej dzieci rzadko miały szansę na przyswojenie sobie spójnego systemu wartości, gdyż rodzice łamali normy i zasady, które próbowali przekazywać. Nie nauczyły się co jest dobre, a co złe, co pożądane, a czego trzeba unikać. Co dla innych – obserwatorów było „dziwne”, „groteskowe” dla DDA było normalne. Nie otrzymały wzorców jak powinna wyglądać prawdziwa rodzina, jakie powinny być w niej relacje, jak postępować w życiu – inaczej mówiąc

po prostu jak żyć. Rodzice nie byli dla nich wzorcami i drogowskazami. Ich chwiejność nie dawała możliwości oparcia się i zaufania. Te wszystkie doświadczenia wpłynęły na to, że DDA w dorosłym życiu doświadczają lęku, dezorientacji i zagubienia. Wchodzą w dziwne i „chore” relacje, które niestety wydają im się normalne biorąc pod uwagę ich doświadczenia z dzieciństwa. Pragną żyć normalnie, ale nie wiedzą jak to zrobić. Chcą mieć szczęśliwą rodzinę, dobre życie, ale doświadczenia z przeszłości im to uniemożliwiają. Nie otrzymawszy dobrych wzorców od swoich rodziców nie potrafią pełnić roli ojca, matki, rodzica, współmałżonka – nie wiedzą co to znaczy być dobrym rodzicem, partnerem. Nie potrafią określić czy wzorce przekazane im przez rodziców są właściwe, a może powinny być wprost przeciwne. DDA nie mają układu odniesienia, który pozwoliłby im określić jak powinno wyglądać życie. Dlatego często ich celem jest szczęśliwa rodzina spełzona na niczym i kończy się często powtarzaniem błędów rodziców.

DDA żyją po omacku, uczą się zasad życia społecznego oraz relacji międzyludzkich. Żyją w chaosie. Ich sytuacje dramatyzuje również obawa przed zdemaskowaniem, która hamuje ich pragnienie uczenia się normalności. Ciągłe zastanawiają się czy ich zachowanie jest takie jak powinno być, czy

inni ludzie się nie zorientują się, że coś z nimi jest nie w porządku.

DDA wyczuwają, co może być normalne i w taki sposób postępują. Nie zadają pytań w celu rozwiania swoich wątpliwości, gdyż boją się zdemaskowania. Kamouflują się, aby nikt nie zauważył, że mają trudności z funkcjonowaniem z życiu. Gubią się w wielu sprawach i boją się ośmieszenia. Żyją w chaosie z dnia na dzień. Zamęt zwiększają również nie-realistyczne fantazje, którymi żyje na co dzień DDA – co by było gdyby rodzic/rodzice nie pili, co by było gdyby sytuacja w domu była inna, co bym było gdybym zachował się inaczej?

DDA nie nauczyły się co jest dobre, a co złe, co pożądane, a czego trzeba unikać. Co dla innych – obserwatorów było „dziwne”, „groteskowe” dla DDA było normalne.

DDA cechuje się również naiwnością. DDA próbują naśladować to, co według nich jest normalne.

DDA natrafiają również na problemy dotyczące sfery motywacji i konsekwencji. W domu zostały nauczone tego, że obietnice składane czy to przez rodzica uzależnionego od alkoholu czy też współuzależnionego, najczęściej nie pociągają za sobą czynów. Często były rzucanie na wiatr. W większości przypadków było prawie pewnie, że nic z obietnic nie wyniknie. W typowym domu alkoholika roziło się od obietnic. W rodzinie alkoholowej mnóstwo wspaniałych pomysłów nigdy nie zostało zrealizowanych. Były to tylko obietnice, których nawet początkowe założenia nie zostały zreali-

Kłamstwo tak mocno wbiło się w system postępowania DDA, że używa go nawet wtedy, gdy nie jest konieczne, gdy nie przynosi korzyści.

zowane ani wcielone w życie. Wyniesiony wzorzec domowy zaowocował w dorosłym życiu u DDA tzw. „słomianym zapalem” i mechanizmem „odkładania na później”. DDA mają problem, aby rozpoczęty projekt, pomysł, zamiar doprowadzić do końca. Nie wiedzą jak należy po kolei postępować, co zrobić w poszczególnych etapach działania. Nie umieją planować. Gubią się i odkładają je na później. Potrzebują wskazówek, impulsów „pochknięcia do działania”, aby mogli ruszyć z miejsca. DDA nie byli wspierani w swoich projektach i działaniach. Rodzice rzadko ich motywowali i wspierali w realizacji planów. DDA nie mogli naśladować swoich rodziców i nie nauczyli się jak rozwiązywać problemy.

DDA w dzieciństwie równie często jak niespełniania obietnic doświadczali kłamstwa. Na nim opierało się funkcjonowanie w rodzinie alkoholowej. Kłamstwem było zaprzeczanie istnie-

W rodzinie alkoholowej mnóstwo wspaniałych pomysłów nigdy nie zostało zrealizowanych. Były to tylko obietnice których nawet początkowe założenia nie zostały wcielone w życie.

nia problemu. Kłamstwem były tłumaczenia związane z zachowaniem alkoholika, że nie nadużywa alkoholu, że jest chory, niedysponowany. Kłamstwem karmiona była rodzina i środowisko zewnętrzne. DDA zostało nauczone w domu, że nie można mówić prawdy o sytuacji panującej w domu, że nikt się nie może dowiedzieć o problemach panujących w rodzinie. Taki mechanizm wrył się bardzo głęboko w jego system funkcjonowania. Kłamstwo stało się częścią życia. DDA często używają go, aby zwrócić na siebie uwagę innych, aby zostać zauważonym. Pragną również przypodobać się i zabłysnąć, co często skutkuje używaniem kłamstwa do tych właśnie celów. Zwiększają tym swoją samoocenę i swoją wartość.

Kłamstwo służy również radzeniu sobie z niesprzyjającymi okolicznościami. „Kłamanie było normą (...) i stała się częścią doświadczenia i czymś co mogło się przydać. Czasami życie dzięki niemu stawało się wygodniejsze. Kłamstwo ułatwiało życie”. (J. Woititz *Dorośle Dzieci Alkoholików*, s.41).

Kłamstwo tak mocno wbiło się w system postępowania DDA, że używa go nawet wtedy, gdy nie jest konieczne, gdy nie przynosi korzyści. Kłamstwo stało się nawykiem. DDA często zdają sobie sprawę, że kłamią nawet jeśli mogliby powiedzieć prawdę – wyuczona potrzeba kłamania jest silniejsza.

Kolejne cechy zostaną omówione w kolejnych artykułach.

Literatura:

1. Kucińska M.: *Samotni z lęku* [w] Żak P.: *Gdzie się podziało moje dzieciństwo? O dorosłych dzieciach alkoholików*. „Charaktery”, Kielce 2006, s. 64 – 70
2. Sobolewska Z.: *Odebrane dzieciństwo*. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2000.
3. Woititz J.: *Dorośle Dzieci Alkoholików*. Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1994.

„Sile nie zawsze towarzyszy odwaga i odwrotnie, słabość nie musi być tchórzliwa”

Jerzy Andrzejewski



Leczenie wspomagające w onkologii

Krzysztof Krzemieniecki

Wydawnictwo Termedia

Poznań 2008

Walka z powikłaniami nowotworu lub leczenia przeciwnowotworowego nie należy do łatwych. W tych najtrudniejszych chwilach jest się wyjątkowo blisko chorego. Lekarz i pielęgniarka odczuwają wówczas całą głębię swojego powołania, bo nie sztuką jest leczyć chorego, u którego nie występują dolegliwości i powikłania związane z rozwojem choroby lub terapią, ale wtedy, kiedy leczenie jest wyzwaniem. Tu właśnie przychodzi z pomocą leczenie wspomagające (supportive care), które skupia się zarówno na objawach somatycznych, jak i problemach psychosocjalnych występujących w trakcie oraz po zakończeniu leczenia onkologicznego. W wielu wypadkach to właśnie leczenie wspomagające decyduje o jakości życia chorego, a czasami o ostatecznym wyniku całego leczenia. W treści książki m.in: niedokrwistość towarzysząca chorobie nowotworowej, małopłytkowość u chorych na nowotwory, neutropenia w onkologii – profilaktyka i leczenie, zakażenia w onkohematologii, zespół wyniszczenia nowotworowego, zespół zmęczenia związany z nowotworem, zaburzenia termoregulacji u chorych na nowotwory, ból w chorobie nowotworowej, powikłania krążeniowe i oddechowe zaawansowanej choroby nowotworowej, powikłania żołądkowo-jelitowe, nudności i wymioty, zapalenia błony śluzowej przewodu pokarmowego, zmiany skórne w trakcie leczenia nowotworów złośliwych, obrzęk limfatyczny, świąd skóry w przebiegu choroby nowotworowej, reakcja adaptacyjna, lęk, depresja, zaburzenia snu. Dzięki wysiłkowi autorów, którzy są świetnymi i cenionymi klinicystami, oddany do Państwa dyspozycji niniejszy podręcznik, dostarczy wiele cennych informacji, które umiejętnie wykorzystane przyniosą ulgę chorym a Państwu ogromną satysfakcję.

główny specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

Rodzi się Miłość

Barbara Jagas

Dopala się świeca adwentowa
Roratnich dzwonów tony milkną
Świat się pod obrus śniegu schował
W domu zapachniało choinką

Cisza na niebie i na ziemi
Kołysze dusze, koi serce
I ludzie inni odmienieni
Ku sobie wyciągają ręce

Wszystko co wielkie się umniejsza
Rozum zatracił sens logiki
Noc staje się coraz jaśniejsza
Ze śpiewem idą kolędnicy

Małeńka Miłość w żłobie leży
Spogląda na mnie i się uśmiecha
Jakże to pojąć, jak uwierzyć
Że Bóg przyoblekł się w człowieka

Tej najszczęśliwszej z ziemskich nocy
Twe serce tulę w swych objęciach
I nie wiem, czemu łza się toczy
Dlaczego wszystkim życzę szczęścia!

Błogosławionych, radosnych, rodzinnych i pełnych nadziei Świąt Bożego Narodzenia dla wszystkich Koleżanek i Kolegów życzy Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych Polskich oddział wojewódzki w Łodzi z księdzem asystentem Pawłem Sudowskim

Informacje:

Duszpasterstwo służby zdrowia zaprasza wszystkich pracowników lecznictwa na rekolekcje adwentowe do Kościoła ks. Jezuitów przy ul. Sienkiewicza 60 w dniach 17, 18, 19 grudnia 2009 roku o godz. 19.00.

Barbara Jagas – członek KSPiPP, pielęgniarka koordynująca w Poradni nr 41 przy ul. Próchnika 11

Jesień w złotej Pradze

Zdzisława Kulesza

Dzień pierwszy

W dniu 10 października wyruszamy na dwudniową wycieczkę do Czech, a ściślej do Pragi. Jedziemy nowoczesnym, wygodnym autokarem, za oknem jesienne krajobrazy i zmienna pogoda. Po polach snuje się mgła, później pada deszcz, ale wychodzi również słońce. Przed wjazdem do Pragi duże zgrupowanie policji i autokar zjeżdża na pobocze. Wyjaśnianie, kto i gdzie zmierza pozwala nam jechać dalej – okazało się, że wieczorem odbędzie się mecz piłkarski naszej drużyny z czeską.

Zwiedzanie rozpoczynamy od Hradczan, wstępujemy do królewskich ogrodów, gdzie lwy koronowane spoglądają na piękne trawniki udekorowane klombami z białymi bratkami. Wchodzimy na dziedziniec zamkowy, gdzie wznosi się Zamek Królewski i Katedra pod wezwaniem świętych: Wita, Waclawa i Wojciecha. Gotycka świątynia zachwyca strzelistością, pięknymi witrażami, malowidłami oraz srebrnym nagrobkiem św. Jana Niepomucena. Przechodzimy na pierwszy dziedziniec i do głównego wejścia do Zamku Praskiego, gdzie o godzinie 18 oglądamy honorową zmianę warty.

Z placu podziwiamy wspaniałą panoramę Pragi, miasta o stu wieżach, domach pokrytych czerwoną dachówką, wijącą się rzeką Wełtawą i pięknymi na niej mostami.

Wyszehrad – najstarszą siedzibę książąt czeskich z dynastii Przemyślidów, gdzie księżna Libusza wieściła powstanie przyszłego miasta i jego sławę, która będzie sięgać gwiazd, zwiedzamy park i cmentarz z licznymi nagrobkami, gdzie spoczywają przedstawiciele czeskiej kultury.

Na 19.30 jedziemy do hotelu na obiadokolację i zakwaterowanie w pokojach dwuosobowych. Na godzinę 21 mieliśmy zaplanowany pokaz

fontan, ale z powodu zawirowań z dowodami osobistymi spóźniliśmy się i dopiero o 22 rozpoczął się spektakl. Przy dźwiękach koncertu trzech światowych tenorów, zmieniające się światła w kolorach niebieskim, czerwonym, zielonym rozświetlały wypływające strumienie wody, które tworząc różne kształty, dawały niezapomniane widowisko. Wróciliśmy zadowoleni i zrelaksowani po tak pełnym wrażeń pierwszym dniu w Pradze.

Dzień drugi

O godzinie 9 spotykamy się z panią Marzeną – naszą przewodniczką, która prowadzi nas do Małej Strany – bogatej w liczne zabytki, pałace w ogrodach, majestatyczne świątynie oraz parki i romantyczne zakątki, gdzie mieszczą się urzędy i ambasady, również nasza z tarasowym ogrodem.

Most Karola z 30 rzeźbami to galeria sztuki pod otwartym niebem, jest najstarszym i najpiękniejszym. Zwiedzamy Złotą Uliczkę, gdzie legenda

mieszka się z prawdą. Oglądamy ogrody królewskie, zamek, Pałac Arcybiskupi, pomnik i piękne budowle wokół. Praski Orloj (Kurant) na Rynku Staromiejskim, podziwiamy ratuszowe kuranty z apostołami i płytą kalendrzową oraz secesyjny pomnik Mistrza Jana Husa. Przewodniczka prowadzi nas do Miasta Żydowskiego, gdzie najstarsza synagoga opiera się na jednej kolumnie, oglądamy ratusz z zegarem oraz piękne kamienice w różnych stylach architektonicznych ze sklepami światowych marek.

Nowe Miasto Praskie założył Karol IV w 1348 roku. Było ono największym i najwybitniejszym dziełem urbanistycznym. Góruje nad placem Waclawa, Muzeum Narodowe z 885 – 1890 rok oraz konny pomnik św. Waclawa.

Mimo jesieni Praga jest miastem pełnym turystów mówiących wieloma językami. Nasza podróż była bardzo interesująca, zwiedziliśmy wiele pięknych miejsc, które pozostaną w naszej pamięci miłym wspomnieniem.

Przed czeskim senatem



Z żałobnej karty

Ze smutkiem zawiadamiamy, że w dniu 17 października 2009 roku po ciężkiej chorobie odeszła od nas nasza wspaniąta koleżanka – członek Komisji Położnych, pełnomocnik II Szpitala Miejskiego im. Rydygiera w Łodzi

położna **Teresa Dudziak**

Pożegnaliśmy ją z głębokim żalem. Pozostanie na zawsze w naszej pamięci jako wspaniąta, ciepła osoba, życzliwa ludziom, z którą spędziliśmy mnóstwo wspaniątych chwil.

położne z Komisji Położnych przy ORPIP w Łodzi

Z głębokim żalem zawiadamiamy o śmierci naszej koleżanki

Teresy Dudziak

Przez wiele lat każdego dnia dawała nadzieje.

Dziś już tego nie robi.

A nam jest trudno żegnać kogoś, kto jeszcze mógł być z nami.

koleżanki ze Szpitala im. Rydygiera w Łodzi

„Wieczność za nami, wieczność przed nami
a dla nas chwila między wiecznościami”

Z głębokim żalem zawiadamiamy, że po długiej chorobie w dniu 29 października 2009 roku odeszła od nas nasza wspaniąta koleżanka

położna **Elżbieta Iwaszkiewicz**

Swój zawód wykonywała w ZOZ Łódź-Widzew. Należała do grona aktywnych społeczników. Brała udział w tworzeniu samorządu pielęgniarek i położnych. Przez I i II kadencję była wiceprzewodniczącą Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Była współtwórczynią i członkinią Zespołu Położnych przy ORPIP w Łodzi.

Zawsze była życzliwa ludziom, pogodna, gotowa poświęcić swoje siły realizacji najtrudniejszych zadań stawianych przed nią przez pracę zawodową i społeczną. Miała wielkie serce i wrażliwą duszę.

Pozostanie na zawsze w naszych myślach jako wspaniąty człowiek, cudowna koleżanka, na której zawsze można było polegać. Skromna położna, która swoją pracę wykonywała sumiennie i odpowiedzialnie, nie oczekując nagród i zaszczytów. Odeszłaś od nas, lecz będziemy Cię zawsze pamiętać

pogrążone w smutku

położne z Komisji Położnych przy ORPiP w Łodzi

Z wielkim smutkiem zawiadamiamy, że dnia 19 listopada 2009 roku po długiej i ciężkiej chorobie odeszła od nas Nasza Koleżanka

śp. Anna Sobczak

Była wrażliwa na ludzkie potrzeby, umiała uszanować drugiego człowieka. Zawsze pogodna i uśmiechnięta i TAKA pozostanie w naszej pamięci

pielęgniarki z USK nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi