

Proces Boloński

Istotą przedsięwzięcia było i jest stworzenie warunków do mobilności obywateli oraz dostosowanie systemów kształcenia do potrzeb rynku pracy.

Człowiek i emocje

Emocje to niezbędny element psychiki człowieka, ukierunkowują one jego działanie, przystosowują do otoczenia. Zmiany nastroju są nieodłączną cechą doświadczenia ludzkiego, a nastrój ma olbrzymie znaczenia dla rozwoju.

Nietrzymanie moczu

W Stanach Zjednoczonych prowadzono badania, które wykazały, że około 25 proc. kobiet po 30 roku życia ma problemy z nietrzymaniem moczu. Wśród mężczyzn nasilenie tych samych problemów jest o połowę mniejsze.

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
- 3 **Serwis informacyjny**
- 3 Wybory samorządowe
- 4 **Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych**
- 5 **Opinie radcy prawnego**
- 6 Stanowisko Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie roli pielęgniarek w przygotowaniu pacjenta do przestrzegania zaleceń terapeutycznych
- 8 **Konferencje, sympozja, szkolenia**
- 11 VI Ogólnopolski Konkurs „Pielęgniarka Roku 2010”
- 12 **Sprawozdania**
- 13 Zakończenie pierwszej specjalizacji organizowanej przez OIPIP w Łodzi „Pielęgniarki liderkami w opiece długoterminowej dzieci i dorosłych”
- 14 **Rozstrzygnięcie konkursu „Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych – blaski i cienie”**
- 14 Pielęgniarstwo – zawód czy nauka?
- 16 Nastąpiły zmiany
- 17 Systemy kształcenia w wybranych krajach Unii Europejskiej cz. 2
- 20 Proces Boloński
- 22 Coś optymistycznego
- 23 Człowiek i emocje
- 26 Nietrzymanie moczu u kobiet – wyzwanie dla położnych
- 28 **Koło Emerytek**
- 28 Pożegnanie lata
- 29 **Podziękowania**
- 30 **Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna**
- 30 Wsparcie społeczne w procesie osierocenia jako profilaktyka żałoby patologicznej cz. 2
- 33 **Kącik biblioteczny**
- 34 Medyczo-filozoficzno-etyczne aspekty ewolucji definicji śmierci
- 36 Z żałobnej 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.

ISSN: 1640 - 7679

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, 91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

SŁOWO PRZEWODNICZĄCEJ OKRĘGOWEJ RADY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

„Smutny jest schyłek roku w mgieł pomroce,
Gdy wiatr jesienny zwiędłym liściem miota!
Ostatnie kwiaty, ostatnie owoce
Strąca i grzebie pod całunem błota...”

Adam Asnyk



Szanowne Koleżanki i Koledzy

Tak szybko nastała jesień, jeszcze niedawno cieszyliśmy się urlopami i odpoczynkiem a tu za oknami już jesienny widok. Spadające liście, ogołoczone drzewa, szarość na ulicach, krótkie i pochmurne dni. Nadszedł listopad, smutny, nostalgiczny a wraz z nim Święto Zmarłych. Niosąc astry, chryzantemy, wdychając zapach parafiny, podziwiając blask płonących zniczy wsłuchujemy się w szelest opadłych liści, po których kroczymy idąc cmentarną aleją. W tym Dniu chociaż na chwilę odwracamy naszą uwagę od codzienności, licznych problemów i nie załatwionych spraw. Ten dzień jest dla wielu z nas szczególnie ważny... Ten Dzień zmusza nas do przemyśleń... Przede wszystkim

o życiu, jego kruchości, przemijaniu. Większość z Państwa ma przecież na co dzień do czynienia z przemijaniem, obcuje i styka się ze śmiercią, walczy z nią o każde życie.

Ten Dzień ma polegać nie tylko na odwiedzaniu grobów najbliższych, wspomnianiu tych którzy odeszli i na modlitwie.

Ten Dzień ma polegać przede wszystkim na zrozumieniu, zaakceptowaniu i przyjęciu z pokorą rzeczy, które wcześniej były dla nas niepojęte.

W te ważne listopadowe chwile życzę Państwu i sobie pełnej zrozumienia i pokory refleksji.

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi
mgr *Zofia Komorowska*

Najważniejsze uchwały i decyzje podjęte podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 20 września 2010 roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 26 pielęgniarkom i 8 położnym.
- Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek i położnych 1 położną.
- Skreślono z listy członków i rejestru pielęgniarek 4 pielęgniarki.
- Dokonano wymiany zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu 1 pielęgniarce.
- Podjęto decyzję w sprawie skrócenia przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki dłuższej niż 5 lat.
- Przyznano jednej osobie pomoc finansową w wysokości 1200 zł i zapomogę bezzwrotną w wysokości 1500 zł trzem osobom.
- Podjęto uchwały w sprawie zatwierdzenia kadry dydaktycznej kursów i szkoleń organizowanych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi, oraz komisji kwalifikacyjnej i egzaminacyjnej kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwo opieki długoterminowej.
- Podjęto uchwały dotyczące powołania komisji kwalifikacyjnych, egzaminacyjnych, kadry dydaktycznej szkolenia specjalizacyjnego, kursów kwalifikacyjnych i kursów specjalistycznych organizowanych i prowadzonych przez OIPiP w Łodzi.
- Podjęto uchwałę w sprawie uzupełnienia zbiorów Biblioteki OIPiP w Łodzi.
- Na wniosek Wiesławy Jędrychowskiej – Przewodniczącej Komisji Kształcenia – dokonano aktualizacji członków ww. Komisji.
- 2 osobom przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa z oceną bardzo dobry w dyplomie.
- Przyznano dofinansowania w konferencjach, kursach: kursach specjalistycznych: 9 osobom, konferencjach: 3 osobom, studiach podyplomowych: 1 osobie,
- Ze względów regulaminowych – wniosek złożony po terminie – odmówiono dofinansowania 1 osobie.
- Pozytywnie rozpatrzono 2 prośby o przedłużenie terminu odbioru przyznanego dofinansowania.
- Wytypowano przedstawicieli OIPiP do udziału w komisjach konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych i ordynatorów.
- Wytypowano przedstawicieli OIPiP do udziału w komisjach egzaminacyjnych. •

oprac. mgr *Anna Manes* – sekretarz ORPiP w Łodzi

Wybory samorządowe



mgr Janusz Cieślak

specjalista pielęgniarstwa chirurgicznego

**Kandydat na radnego Sejmiku Województwa Łódzkiego
z listy Sojuszu Lewicy Demokratycznej
okręg nr 1, poz. nr 6**

Ukończył Liceum Medyczne nr 2 w Łodzi. Jest absolwentem Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi – kierunek Zdrowie Publiczne. Ukończył studia podyplomowe na Politechnice Łódzkiej „Zarządzanie służbą zdrowia z elementami techniki medycznej”. Ukończył także kurs dla kandydatów na członków rad nadzorczych spółek z udziałem Skarbu Państwa zakończony egzaminem państwowym oraz wiele kursów dokształcających. Był członkiem dwóch rad społecznych łódzkich szpitali. W latach 1995-1999 członek Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi a także Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych w Warszawie, gdzie w drugiej kadencji pełnił funkcję Sekretarza NRPiP. Wielokrotnie z ramienia samorządu uczestniczył w posiedzeniach Sejmowej Komisji Zdrowia a także w negocjacjach płacowych z ówczesnym ministrem zdrowia. Wieloletni pracownik Szpitala MSWiA, gdzie pracował m.in. na oddziale pooperacyjnym, chirurgicznym oraz urologicznym.

Pracował również w ZOZ dla Szkół Wyższych w Łodzi „PaLMA”, Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. WAM – Centralnym Szpitalu Weteranów oraz krótko w II Szpitalu Miejskim im. dr Ludwika Rydygiera w Łodzi. Obecnie zatrudniony jest w Specjalistycznym Psychiatrycznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Łodzi.

Żonaty, córka w wieku gimnazjalnym.



Kontrakt a umowa o pracę

Zatrudnienie na podstawie umowy o pracę oparte jest na przepisach ustawy z dnia 26 czerwca 1974 roku. Kodeks pracy (tekst jednolity DzU z 1998 r. Nr 21, poz. 94 z późn. zm. – dalej jako k.p.). Przez nawiązanie stosunku pracy pracownik zobowiązuje się do wykonywania pracy określonego rodzaju na rzecz pracodawcy i pod jego kierownictwem oraz w miejscu i czasie wyznaczonym przez pracodawcę, a pracodawca – do zatrudniania pracownika za wynagrodzeniem (art. 22 § 1 k.p.). Podporządkowanie pracownika w procesie pracy, czyli wykonywanie pracy pod kierownictwem pracodawcy, jest elementem charakterystycznym dla stosunku pracy. Umowa zwykle zawierana jest na czas nieograniczony. Kodeks przewiduje przypadki rozwiązania umowy o pracę.

Kontrakt jest umową cywilnoprawną opartą na przepisach kodeksu cywilnego, zawartą na czas określony. Pielęgniarka zatrudniona na podstawie kontraktu musi mieć zarejestrowaną działalność gospodarczą. Jak każda umowa na czas określony rozwiązuje się z upływem czasu, na jaki została zawarta. Dyrektor nie ma obowiązku przedłużania umowy. Może też być w każdym czasie rozwiązana za porozumieniem stron. Pozostałe przypadki rozwiązania kontraktu zawarte są w jego treści. Zwykle strony określają w umowie w jakich sytuacjach:

- umowa może zostać wypowiedziana przez każdą ze stron i jaki jest okres wypowiedzenia, np. 1 albo 3 miesiące,
- umowa może zostać rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym, np. z powodu rażącego niewypełnienia postanowień umowy przez jedną ze stron,
- umowa rozwiązuje się np. z powodu utraty przez pielęgniarkę uprawnień koniecznych do wykonywania zawodu.

Jeżeli strony zgodnie postanowią o zakończeniu współpracy opartej na kontrakcie, powinny na piśmie zawrzeć porozumienie o rozwiązaniu umowy. Umowa może zostać rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym, ale nie ma prawnych przeszkód, aby strony ustaliły termin, w jakim umowa zostanie rozwiązana.

Korzyści zatrudnienia na podstawie umowy o pracę:

Pracodawca oblicza i odprowadza podatek oraz składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne.

Pielęgniarce przysługuje płatny urlop wypoczynkowy.

Jako pracownik objęta jest ochroną, jaką przewiduje prawo pracy, np. przed dyskryminacją, ochroną stosunku pracy w razie macierzyństwa a także ochroną związkową.

Pielęgniarka ma prawo do odprawy emerytalnej i rentowej, a także nagród jubileuszowych.

W postępowaniu odszkodowawczym o błąd występuje tylko pracodawca, który w razie niekorzystnego dla siebie rozstrzygnięcia może wystąpić wobec pielęgniarki – sprawcy szkody z regresem, ale jedynie do wysokości trzykrotnego miesięcznego wynagrodzenia (art. 119 i 120 k.p.).

Kontrakt:

Tego wszystkiego, co przy umowie o pracę, nie ma przy kontrakcie, a więc:

1. Na pielęgniarce spoczywa szereg obowiązków. Pielęgniarka musi:

- zarejestrować działalność gospodarczą (koszt około 350 zł),

- opłacać we własnym zakresie ZUS, podatki,

- ponieść koszt indywidualnego ubezpieczenia od odpowiedzialności zawodowej na terenie wykonywania praktyki zawodowej. W razie wystąpienia przez pacjenta z roszczeniem odszkodowawczym za błąd zakład opieki zdrowotnej i pielęgniarka odpowiadają solidarnie do pełnej wysokości odszkodowania (art. 35 ust. 5 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej – DzU z 2007 r., Nr 14, poz. 89 z późn. zm; dalej jako: u.z.o.z.).

2. Nie przysługują jej uprawnienia pracownicze.

3. Do stażu pracy, od którego zależy prawo do dodatku za usługę lat, nie wlicza się okresu prowadzonej przez pielęgniarkę działalności gospodarczej.

Korzyścią wynikającą z zatrudnienia w ramach kontraktu są wyższe wynagrodzenia. Pamiętać jednak należy, że od tego wynagrodzenia odliczamy ZUS, koszty obsługi księgowej, podatek oraz składkę na rzecz samorządu zawodowego. •

Biuro Zarządu Regionu: Łódź, ul. Piotrkowska 67

Biuro czynne w godzinach:

poniedziałek: 14.00 – 18.00

wtorek, środa, czwartek: 10.00 – 15.00

piątek: 13.00 – 17.00

Porady prawnika:

poniedziałek: 16.00 – 18.00

piątek: 15.00 – 17.00

Zapraszamy Państwa do wspólnego redagowania naszej strony.

STANOWISKO PRAWNE

dotyczące nakładania mandatu karnego na pielęgniarkę/ położną zatrudnioną w zakładzie opieki zdrowotnej

Potrzeba wyjaśnienia powyższego zagadnienia powstała na tle następującego stanu faktycznego: funkcjonariusz Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej nałożył mandat karny na pielęgniarkę zatrudnioną w zakładzie opieki zdrowotnej. Jako kwalifikację prawną wykroczenia wskazano cyt.: „za popełnienie wykroczenia polegającego, że na oddziale jest zły stan sanitarny”.

Przede wszystkim należy wyjaśnić, że mandat karny nakładany może być przez uprawnionego funkcjonariusza w trybie i na zasadach wynikających z przepisów kodeksu postępowania w sprawach o wykroczeniach (zwanego dalej k.p.w.) w przypadku, gdy:

- schwytano sprawcę wykroczenia na gorącym uczynku lub bezpośrednio po popełnieniu wykroczenia,
- funkcjonariusz stwierdzi popełnienie wykroczenia naocznie pod nieobecność sprawcy albo za pomocą urządzenia pomiarowego lub kontrolnego, a nie zachodzi wątpliwość co do osoby sprawcy czynu, w tym także, w razie potrzeby, po przeprowadzeniu w niezbędnym zakresie czynności wyjaśniających, podjętych niezwłocznie po ujawnieniu wykroczenia.

Nałożenie grzywny w drodze mandatu karnego nie może nastąpić po upływie 14 dni od daty ujawnienia czynu w wypadku, o którym mowa w pkt 1 i 30 dni w wypadku, o którym mowa w pkt 2.

Mandat karny nałożyć można na sprawcę wykroczenia. Jeśli chodzi o pielęgniarkę i położną zatrudnioną w zakładzie opieki zdrowotnej może być nałożony mandat karny, o ile można jej zarzucić popełnienie wykroczenia.

W przedmiotowej sprawie funkcjonariusz nakładając mandat, nie podał żadnej kwalifikacji prawnej popełnionego wykroczenia, bo stwierdzenie „zły stan sanitarny na oddziale” nie stanowi o kwalifikacji prawnej czynu. Dlatego przed przyjęciem mandatu, osoba winna domagać się od funkcjonariusza przedstawienia na druku mandatu konkretnego przepisu stanowiącego o popełnionym przez nią wykroczeniu.

Osoba, wobec której funkcjonariusz zamierza nałożyć karę grzywny w drodze mandatu, może odmówić przyjęcia mandatu (art. 99 k.p.w.), wówczas organ, któremu funkcjonariusz nałożył grzywnę, występuje do sądu z wnioskiem o ukaranie.

Ponadto prawomocny mandat karny może zostać uchylony, jeżeli grzywnę nałożono za czyn nie będący czynem zabronionym jako wykroczenia (art. 101 k.p.w.). W takim przypadku ukarany winien w terminie 7 dni

od dnia uprawomocnienia się mandatu złożyć do sądu wnioski o jego uchylenie. Sąd uchylając mandat karny nakazuje podmiotowi, na rachunek którego pobrano grzywnę, zwrot uiszczony kwoty. Mandat karny uprawomocnia się z chwilą uiszczenia grzywny funkcjonariuszowi wystawiającemu mandat.

W przedmiotowej sprawie zasadność nałożenia na pielęgniarkę mandatu należy rozpatrywać w świetle nie tylko przepisów kodeksu postępowania w sprawach o wykroczeniach (gdyż kodeks ten ustala jedynie procedurę postępowania w sprawach o wykroczeniach), ale również z uwzględnieniem przepisów prawa materialnego określających czyny stanowiące wykroczenia.

W tym przypadku będą to prawdopodobnie (piszę prawdopodobnie, gdyż funkcjonariusz nakładający mandat nie wskazał żadnej podstawy prawnej stanowiącej o popełnieniu przez pielęgniarkę wykroczenia) przepisy ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. z 2008 roku Nr 234, poz. 1570 z późn. zm.). Ustawa ta, a w szczególności w rozdziale 3 i 5, określa obowiązki m.in. kierownika zakładu opieki zdrowotnej oraz osób udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie podejmowania działań zapobiegających szerszeniu się zakażeń i chorób zakaźnych oraz w zakresie utrzymania nieruchomości (w tym pomieszczeń) w należytych stanie sanitarno-epidemiologicznym. Ponadto w art. 50-53 cytowana ustawa określa czyny stanowiące wykroczenie oraz sankcje za ich popełnienie.

Jeżeli pielęgniarka, wobec której nałożono grzywnę w drodze mandatu karnego była odpowiedzialna służbowo za wykonywanie obowiązków, co do których z powodu ich niewykonania ustawa nakłada sankcję grzywny, wówczas należy uznać, iż mandat został nałożony prawidłowo. Przy czym należy pamiętać, że nałożenie przez kierownika zakładu na pracownika tych obowiązków winno być wyraźne, najlepiej w formie podpisanego zarówno przez pracodawcę i pracownika zakresu obowiązków. Nie może być natomiast karana osoba, której nie powierzono ww. obowiązków. W sytuacji, gdy osoba, wobec której funkcjonariusz zamierza nałożyć mandat karny ma wątpliwości co do zasadności jego wystawienia może odmówić przyjęcia mandatu lub po jego przyjęciu złożyć w terminie 7 dni wnioski do sądu o uchylenie mandatu. Wówczas sąd podejmie kontrolę prawidłowości i zasadności nałożenia mandatu na daną osobę.

Poniżej przedstawiam wyciąg z rozdziału 9 pt.: „Przepisy karne” ustawy z dnia 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

Art. 50. Kto:

1) wbrew obowiązкови, o którym mowa w art. 16 ust. 1 nie wdraża lub nie stosuje procedur zapewniających ochronę przed zakażeniami oraz chorobami zakaźnymi,

2) wbrew obowiązkom, o których mowa w art. 22 ust. 1 i 2, nie przestrzega wymagań higieniczno-sanitarnych,

3) wbrew obowiązкови przeciwdziałania szerzeniu się zakażeń szpitalnych, nie podejmuje działań określonych w art. 14 ust. 1 i 2

– podlega karze grzywny.

Art. 51. Kto:

1) nie będąc uprawnionym, przeprowadza szczepienia ochronne,

2) wbrew obowiązкови prowadzenia dokumentacji medycznej dotyczącej szczepień ochronnych, nie dokonuje wpisu szczepienia, nie wystawia zaświadczenia o wykonaniu szczepienia lub nie prowadzi dokumentacji medycznej w tym zakresie lub prowadzi ją nierzetelnie,

3) wbrew obowiązкови nie zawiadamia pacjenta lub osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o obowiązku poddania się obowiązkowym szczepieniom ochronnym lub nie informuje o ochronnych szczepieniach zalecanych

– podlega karze grzywny.

Art. 51. Kto:

1) wbrew obowiązкови nie poucza pacjenta, osoby sprawującej prawną pieczę nad osobą małoletnią lub bezradną albo opiekuna faktycznego w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, o środkach ostrożności zapobiegających przeniesieniu zakażenia na inne osoby lub o ewentualnym obowiązku wynikającym z art. 6,

2) wbrew obowiązкови nie informuje zakażonego o konieczności zgłoszenia się do lekarza jego partnera lub partnerów seksualnych,

3) wbrew obowiązкови, o którym mowa w art. 21 ust. 1, art. 27 ust. 1 – 3 i art. 29 ust. 1, nie dokonuje zgłoszenia wystąpienia niepożądanego odczynu poszczepiennego, podejrzenia o zakażenie i zachorowanie na chorobę zakaźną, dodatniego wyniku badania w kierunku zakażeń i zachorowań, określonych na podstawie art. 3 ust. 1 i 2, zakażenia i zachorowania lub zgonu na chorobę zakaźną oraz przesłania do weryfikacji dodatnich wyników tych badań

– podlega karze grzywny. •

Alicja Haczewska – radca prawny

(przedruk z Biuletynu „W cieniu czepka” Dolnośląskiej OIPiP we Wrocławiu – numer 6 (224), czerwiec 2010 r.)



Stanowisko Polskie w przygotowaniu

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych (*compliance*, obecnie częściej używane *adherence*) stanowi jeden z podstawowych warunków skuteczności stosowanej terapii. Ma to szczególne znaczenie w przypadku chorób przewlekłych.

Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych wiąże się nie tylko z przyjmowaniem przepisanych leków, ale także ze stosowaniem zalecanej diety, zaleconym zmniejszeniem masy ciała czy w ogóle zmianą stylu życia konieczną w danej jednostce chorobowej.

Wśród form nieprzestrzegania zaleceń terapeutycznych można wyróżnić (Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów, 2010):

- nierealizowanie recepty,
- nierozpoczęcie leczenia,
- opóźnianie rozpoczęcia leczenia,
- nieświadome pomijanie pojedynczych dawek leku,
- świadome pomijanie pojedynczych dawek leku,
- systematyczna zmiana częstości dawkowania leku,
- okresowe przyjmowanie zmniejszonej/zwiększonej liczby dawek leku,
- wakacje od leków,
- przedwczesne kończenie kuracji,
- przerwanie leczenia przewlekłego.

Do tego trzeba także dodać nieprzestrzeganie zalecanej diety, brak zalecanej eliminacji używek czy brak zalecanej aktywności fizycznej.

Skutki nieprzestrzegania zaleceń to przede wszystkim brak efektów terapeutycznych i przez to brak poprawy zdrowia oraz niska jakość życia. Dodatkowo należy wspomnieć o kosztach związanych z nieprzestrzeganiem zaleceń terapeutycznych, które w Polsce można oszacować na około 6 mld rocznie (Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów, 2010).

Wśród wielu czynników determinujących nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych należy wymienić brak odpowiedniej edukacji pacjenta na temat ważności terapii, jej przebiegu i stylu życia z daną jednostką chorobową.

Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie stoi na stanowisku, że pielęgniarki mogą i powinny odgrywać kluczową rolę w przygotowaniu pacjenta do przestrzegania zaleceń terapeutycznych. Pielęgniarki zostały przygotowane do przekazywania pacjentowi wiedzy i wyuczenia odpowiednich umiejętności niezbędnych

kiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w sprawie roli pielęgniarek i pacjenta do przestrzegania zaleceń terapeutycznych

do wprowadzenia zaleceń terapii i zmiany stylu życia w danej jednostce chorobowej. Mają z pacjentem najczęstszy i najbliższy kontakt, co umożliwia wypracowanie właściwej motywacji do przestrzegania zaleceń terapeutycznych.

Tło

Jak wynika z badań, w USA tylko 51 proc. pacjentów leczonych na nadciśnienie przestrzega zalecanej terapii. W grupie pacjentów z depresją jedynie 40-70 proc. przyjmuje antydepresanty. Australijscy pacjenci z astmą tylko w 43 proc. biorą przepisane leki (WHO, 2003). W Europie, w grupie pacjentów z cukrzycą, tylko 28 proc. osiąga dobrą kontrolę glikemii. W USA tylko 2 proc. dorosłych pacjentów z cukrzycą przestrzega wszystkich zaleceń terapeutycznych niezbędnych w skutecznej terapii cukrzycy (WHO, 2003).

Okazuje się, że w samej tylko kuracji antybiotykowej, blisko 40 proc. pacjentów czyni odstępstwa od reżimu przyjmowania leków (Kardas P, Devine S., Golembesky A., Roberts R, 2005).

W Polsce, tylko 65 proc. chorych przewlekle deklaruje, że zawsze przyjmuje wszystkie zalecane dawki leków. Co czwarty chory przewlekle nie stosuje się do zaleceń lekarza i zdarzają mu się sytuacje wykorzystania tylko części przepisanego opakowania lub też wykorzystania niektórych lub tylko jednego z przepisanych leków (Raport o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych przez polskich pacjentów, 2010).

Podstawowym czynnikiem decydującym o przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych jest zaufanie pacjenta do pracownika ochrony zdrowia oraz systemu wsparcia zarówno ze strony personelu medycznego, jak i najbliższych. Włączenie pielęgniarek w proces przygotowania pacjentów do przestrzegania zaleceń terapeutycznych jest szczególnie ważny, gdyż pielęgniarka cieszy się dużym uznaniem społeczeństwa (CBOS, 2009). Pacjenci na ogół czują się bardziej zrelaksowani w relacji z pielęgniarkami i łatwiej jest im komunikować swoje problemy. Pielęgniarka pomaga zrozumieć pacjentowi to, co powiedział lekarz, dlaczego przyjmowanie przepisanych leków ma znaczenie, jak je przyjmować i co zmienić w swoich zachowaniach zdrowotnych (Miaskowski Ch., Shockney L., Chlebowski R.T., 2008)

Według zaleceń ICN, pielęgniarska strategia poprawy przestrzegania zaleceń terapeutycznych powinna obejmować:

- ocenę przestrzegania zaleceń terapeutycznych z wykorzystaniem pytań, w których nie ma znamion straszenia pacjenta;
- pytanie o efekty uboczne terapii i ich wpływ na jakość życia pacjenta;
- edukowanie pacjentów na temat ich choroby, znaczenia przestrzegania zaleceń terapeutycznych, pozytywnych aspektów przestrzegania zaleceń terapeutycznych, możliwych skutkach ubocznych i jak sobie z nimi radzić;
- sugerowanie i wskazywanie pacjentowi różnych metod i środków przypomnienia o zaleceniach terapeutycznych (np. o wzięciu lekarstwa);
- nagradzanie i wzmacnianie pozytywnych zachowań np. poprzez pokazywanie pozytywnych efektów klinicznych przestrzegania zaleceń terapeutycznych jak obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, obniżenie poziomu cukru we krwi;
- zachęcanie pacjenta do podtrzymywania relacji terapeutycznych z pracownikiem ochrony zdrowia oraz do kontaktu z grupami wsparcia (WHO, 2003).

Działania, które mogą poprawić przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów chorych przewlekle to m.in.:

- uproszczenie stosowanej terapii,
- edukacja,
- przypomnienia,
- samokontrola,
- poradnictwo,
- terapia rodzinna,
- terapia psychologiczna,
- kontrolne kontakty telefoniczne i inne formy aktywnej pomocy.

Pojedyncze interwencje mają jednak skuteczność daleką od oczekiwań, dlatego najlepiej łączyć te działania, zwiększając w ten sposób ich efektywność (Haynes RB, Ackloo E, Sahota N, i wsp. 2008).

Poprawa przestrzegania zaleceń terapeutycznych może mieć znaczenie większe dla poprawy zdrowia populacji aniżeli poprawa samych metod leczenia (Haynes RB., 2001). Dlatego należy zwracać uwagę na ten problem oraz zintensyfikować działania wszystkich przedstawicieli zespołu terapeutycznego a szczególnie pielęgniarek, w celu edukowania pacjenta na temat zalecanej terapii oraz wspierania go podczas jej stosowania. •

Warszawa 22 września 2010 r.



WOJEWÓDZKIE CENTRUM ZDROWIA PUBLICZNEGO W ŁODZI

Oferta kursów dla pielęgniarek i położnych w 2011 roku

1. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki – kontynuacja z roku 2010.

4-tygodniowe sesje teoretyczne a począwszy od marca 2011 roku również zajęcia stażowe i zajęcia z informatyki wg podanego niżej zestawienia:

Styczeń: od 10 do 14

Luty: od 7 do 11

Marzec: od 3 do 9 plus 1 tydzień stażu od 21 do 25 plus informatyka od godz. 16.00 do 19.00 dla grupy I

Kwiecień: od 11 do 15 plus 1 tydzień stażu od 26 do 31 plus informatyka od godz. 16.00 do 19.00 dla grupy II

Maj: staż od 9 do 20 (2 tygodnie) plus informatyka od godz. 16.00 do 19.00 dla grupy III (9.12.2010 –13.12.2010) plus informatyka od godz. 16.00 do 19.00 dla grupy IV (16.12.2010 – 20.12.2010)

Czerwiec: staż od 6 do 10 (1 tydzień) plus informatyka od godz. 16.00 do 19.00 dla grupy V

Lipiec: staż od 4 do 8 (1 tydzień)

Sierpień: staż od 1 do 5 (1 tydzień)

Wrzesień: staż od 5 do 16 (2 tygodnie)

Październik: staż od 3 do 14 (2 tygodnie)

Listopad: staż od 14 do 25 (2 tygodnie)

Grudzień: staż od 5 do 9 (1 tydzień)

2. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa zachowawczego (dla pielęgniarek)

1 sesja: od 21 do 25 lutego

2 sesja: od 14 do 18 marca

3 sesja: od 11 do 15 kwietnia

4 sesja: od 16 do 20 maja

5 sesja: od 13 do 17 czerwca

6 sesja: od 11 do 15 lipca (staż z badania fizykalnego)

7 sesja: od 8 do 12 sierpnia

8 sesja: od 19 do 23 września

9 sesja: od 17 do 23 października

10 sesja: od 21 do 25 listopada

11 sesja: od 12 do 16 grudnia

3. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa położniczego (dla położnych)

1 sesja: od 14 do 18 lutego

2 sesja: od 7 do 11 marca

3 sesja: od 4 do 8 kwietnia

4 sesja: od 9 do 13 maja

5 sesja: od 6 do 10 czerwca

6 sesja: od 4 do 8 lipca (staż z badania fizykalnego)

7 sesja: od 1 do 5 sierpnia

8 sesja: od 12 do 16 września

9 sesja: od 10 do 14 października

10 sesja: od 14 do 18 listopada

11 sesja: od 5 do 9 grudnia



Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie zaprasza położne środowiskowe/rodzinne i pielęgniarki do udziału w cyklicznych warsztatach edukacyjnych nt.

1. Mikroflora bakteryjna pochwy i jej rola w zwalczaniu infekcji układu moczowo-płciowego u kobiet 2. Dlaczego niemowlęta karmione piersią wymagają suplementacji wit. D i K?

Warsztaty odbędą się w dniu 10 listopada 2010 roku na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17, w godzinach 10.00-13.00 (II piętro, duża sala). Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć do Biura w godzinach pracy (o udziale decyduje kolejność zgłoszeń). Wszystkie uczestniczki otrzymają: certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu, skrypty tematyczne, interesujące materiały promocyjne. W przerwie pomiędzy wykładami zapraszamy na poczęstunek.

Zakład Biofizyki Katedry Nauk Podstawowych i Przedklinicznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Wydział Zdrowia Publicznego Urzędu Miasta Łodzi, Wydział Edukacji Urzędu Miasta Łodzi, Łódzki Oddział Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego zapraszają na

III Ogólnopolska Konferencja Naukowo-Szkoleniowa

Postępy w prewencji, diagnostyce i terapii nadciśnienia tętniczego u dzieci

10 grudnia 2010 roku w godz. 9.00–16.00

Duża Sala Obrad Rady Miejskiej Urzędu Miasta Łodzi (Łódź ul. Piotrkowska 104)

Główne tematy konferencji: nadciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży; nadwaga, otyłość, zespół metaboliczny w wieku rozwojowym; nadciśnienie i choroby współtowarzyszące; wczesna prewencja nadciśnienia tętniczego.

Punkty edukacyjne: wszyscy uczestnicy konferencji uzyskają punkty edukacyjne

Sekretariat konferencji – zgłaszanie uczestnictwa: Zakład Biofizyki Katedry Nauk Podstawowych Uniwersytetu Medycznego, 90-647 Łódź, Pl. Hallera 1, Wioletta Grabowicz tel./fax (42) 632 42 873, Tel. (42) 639 33 36, wioletta.grabowicz@umed.lodz.pl



Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi oraz Konsultant Wojewódzki w Dziedzinie Stomatologii Dziecięcej – prof. dr hab. med. Magdalena Wochna-Sobańska – serdecznie zapraszają na jednodniowe, bezpłatne szkolenie na temat:

Teoria i praktyka zastosowania fluoru w profilaktyce próchnicy zębów u dzieci

Szkolenie adresowane jest do pielęgniarek, higienistek, położnych pracujących w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej.

Termin szkolenia: 10 grudnia 2010 roku, czas trwania szkolenia: 9.00–12.00

Tematyka szkolenia: choroba próchnicowa zębów – epidemiologia i objawy próchnicy; zastosowanie preparatów fluorowych w chorobie próchnicowej zębów; technika przeprowadzania grupowej profilaktyki próchnicy zębów metodą nadzorowanego szczotkowania zębów preparatami fluorkowymi.

Miejsce szkolenia: Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi, ul. Roosevelta 18, 90-056 Łódź, III piętro, sala A.

Zgłoszenia prosimy przysyłać: drogą elektroniczną na adres: e-mail: i.borczyk@wczp-lodz.pl, faxem: (042) 636 43 30, telefonicznie: (042) 639 27 47

W zgłoszeniu prosimy umieścić: imię i nazwisko osoby uczestniczącej, nazwa zakładu pracy, stanowisko, telefon kontaktowy, fax, e-mail.



Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi organizuje symposium nt.

Etyka zawsze i wszędzie

Termin: 19 listopada 2010 roku, godz. 9.00–14.00

Miejsce: Łódź, ul. Sterlinga 1/3, Aula USK im. WAM UM w Łodzi, Centralny Szpital Weteranów

W programie tegorocznej konferencji poruszone będą m.in.: prawne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej; etyczne i moralne aspekty wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej; etyka i odpowiedzialność warunkiem profesjonalizmu na stanowisku pracy pielęgniarki i położnej; potrzeba autorytetów etycznych w pracy pielęgniarki i położnej; dylematy etyczne w opiece nad pacjentem a zagrożenia zawodowe na stanowisku pracy pielęgniarki i położnej.

Karty zgłoszenia na załączonym druku należy składać do 15 listopada 2010 roku w sekretariacie Biura OIPIP w Łodzi, p. 308.

KARTA ZGŁOSZENIA

TEMAT KONFERENCJI:

TERMIN KONFERENCJI:

MIEJSCE KONFERENCJI:

IMIĘ I NAZWISKO:

MIEJSCE PRACY:

TELEFON KONTAKTOWY:

STANOWISKO:

MIEJSCOWOŚĆ, DATA:



VI Ogólnopolski Konkurs PIELĘGNIARKA ROKU 2010

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Koło Liderów Pielęgniarstwa przy Mazowieckim Oddziale PTP zapraszają do udziału w VI Ogólnopolskim Konkursie „Pielęgniarka Roku 2010”.

Cel Konkursu: wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów o wysokim przygotowaniu zawodowym, etycznym i aktywnym zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego.

Konkurs odbywać się będzie w trzech etapach według następującego harmonogramu:

- 1) wyłonienie uczestników Konkursu w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej do dnia 31.01.2011 roku,
- 2) eliminacje w oddziałach wojewódzkich PTP w dniu 4.03.2011 roku o godz. 12.00,
- 3) prezentacja własna (szczegóły: komunikat nr 2, który zostanie zamieszczony na stronie www.ptp.na1.pl w marcu 2011 roku).

Dodatkowe informacje: Jadwiga Zielińska – tel. (22) 326 55 21, 511 451 292, e-mail: jagoda_zielinska@wp.pl

Regulamin VI Ogólnopolskiego Konkursu „Pielęgniarka Roku 2010”

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 kadrami pielęgniarską w zakładzie opieki zdrowotnej, należy przesłać do Oddziału Wojewódzkiego PTP – adres na stronie: <http://www.ptp.na1.pl/> w terminie do dnia 31.01.2011 roku. Uczestnicy Konkursu z województwa mazowieckiego proszeni są o przysyłanie zgłoszenia na adres Biura Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego: Al. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa lub biuroptp@gmail.com; fax (22) 398 18 51.
6. Oddziały wojewódzkie PTP w terminie do 15.02.2011 roku przesyłają do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego 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 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 Konkursu przechodzą wszystkie osoby, które uzyskały jednakową liczbę punktów.
14. Termin i miejsce III etapu zostanie podany w Komunikacie nr 2.
15. Koszty przejazdu i pobytu uczestnika III etapu pokrywają oddziały wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakład pracy.
16. „Pielęgniarka Roku 2010” zostanie uhonorowana pucharem przechodnim, który zostanie przekazany do macierzystego zakładu opieki zdrowotnej 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 DO POBRANIA ZE STRONY WWW.PTP.NA1.PL

Zakończenie pierwszej specjalizacji organizowanej przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

W dniu 6 października 2010 roku **28 uczestników pierwszego szkolenia specjalizacyjnego organizowanego przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w dziedzinie Pielęgniarstwa psychiatrycznego**, program dla pielęgniarek, w terminie od 26 września 2008 r. do 23 kwietnia 2010 r., przystąpiło do Egzaminu Państwowego w Warszawie.

Uczestnicy byli finansowani w ramach umowy zawartej z Ministrem Zdrowia na realizację szkolenia i z budżetu Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

Do egzaminu państwowego przystąpiło ogółem 91 osób z 3 ośrodków w Polsce prowadzących kształcenie, w tym 4 osoby do egzaminu powtórnego.

Średnia osiągniętych wyników z powyższych ośrodków prowadzących kształcenie podyplomowe wyniosła

od 139,43 pkt do 142,25 pkt i egzaminu powtórnego 119,75 pkt.

Koleżanki z Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi uzyskały najwyższą średnią wyników na egzaminie tj. 142,25 pkt.

Na 91 osób zdających wynik pozytywny uzyskało 78 osób, co stanowi 85,7% ogółu zdających, **w tym 26 osób z OIPiP w Łodzi** i negatywny (poniżej 126 pkt) uzyskało ogółem 13 osób.

Najwyższy wynik w przedziale 161-164 pkt osiągnęły 3 osoby, w tym **Pani Anna Katarzyna Krupa – członek OIPiP w Łodzi** a pozostałe osoby otrzymały od 126 do 155 punktów. •

mgr *Maria Kowalczyk* – gł. specjalista ds. kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych w OIPiP w Łodzi

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi gratuluje wszystkim Koleżankom bardzo wysokiej średniej z osiągniętych wyników i uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego.

Składamy serdeczne podziękowanie **WSZYSTKIM**, którzy przyczynili się do zwieńczenia naszego sukcesu wysiłku włożonego w pogłębianie wiedzy i zdobywanie cennego doświadczenia w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego:

- Okręgowej Radzie Pielęgniarek i Położnych za zorganizowanie i umożliwienie bezpłatnego udziału w szkoleniu,
- Pani mgr Grażynie Korybut – kierownikowi szkolenia specjalizacyjnego – i Pani mgr Marii Kowalczyk za zaangażowanie, sprawną i merytoryczną organizację
- całemu zespołowi Wykładowców i Opiekunów staży.

Za okazaną pomoc, życzliwość i wsparcie duchowe – **WSZYSTKIM** serdecznie dziękujemy.

specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego



Uczestnicy, kierownik specjalizacji przed egzaminem państwowym

fot.
Maria Kowalczyk



„Pielęgniarki liderkami w opiece długoterminowej dzieci i dorosłych”

Katarzyna Babska

W dniu 14 czerwca 2010 roku w auli Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi odbyła się konferencja pt. „Pielęgniarki liderkami w opiece długoterminowej dzieci i dorosłych”.

Organizatorem konferencji było Koło Naukowe i Zarząd Oddziału PTP w Łodzi oraz Pododdział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatricznej Zakładu Anestezjologii i Intensywnej Terapii Medycznej ICZMP. Na uroczystość przybyło około 90 osób z Łodzi i jej okolic. Uczestnicy konferencji otrzymali certyfikaty.

Bogaty program przedstawiał się następująco:

1. „Zasady prawne w opiece długoterminowej” – przewodnicząca Zarządu Oddziału PTP w Łodzi – mgr Janina Żurawska.

2. „Innowacje w pielęgniarstwie. Kalendarium Międzynarodowej Klasyfikacji Pielęgniarskiej (ICNP®) – od teorii do praktyki” – przewodnicząca Zarządu Głównego PTP – mgr Dorota Kilańska.

3. „Aspekty demograficzne i zdrowotne w geriatryi” – Konsultant Wojewódzki ds. Geriatrii – dr n. med. Maria Kołomecka.

4. „Rehabilitacja przyłóżkowa prowadzona przez pielęgniarkę w profilaktyce powikłań zespołu unieruchomienia w opiece długoterminowej” – mgr Danuta Kozłowska.

5. „Trudny start do życia” – mgr Wioletta Cedrowska-Adamus.

6. „Studium przypadku – przykład pacjenta poddanego długotrwałej opiece w warunkach OIT pediatricznej” – mgr Dariusz Kreczmer.

7. „Domowa opieka paliatywna dla dzieci” – pielęgniarka koordynująca w Hospicjum Domowym dla Dzieci Ziemi Łódzkiej – mgr Beata Siedlecka.

Zaprezentowany program wzbogaciły prezentacje firm – a wśród nich:

1. „Bezpieczne przemieszczanie pacjenta – pomoce techniczne w opiece długoterminowej” – Edyta Piotrowska „ArjoHuntleigh”.

2. „Zabezpieczenie ortotyczne pacjentów leżących” – mgr Anna Ginter „FOCUS”.

3. „Nowoczesne opatrunki w leczeniu ran przewlekłych” – dr Katarzyna Malinowska „Paul Hartmann – Polska”

Wielokrotnie podkreślano niezastąpioną rolę zespołu pielęgniarskiego w pielęgnowaniu osób przewlekle, długotrwanie unieruchomionych. Zaprezentowano program profesjonalnej rehabilitacji przyłóżkowej u chorego unieruchomionego.

Prezentacje wzbogaciły opisy przypadków chorych dorosłych i dzieci. Wskazano jak istotna jest systematyczna praca z podopiecznym, nawet jeśli trwa ona kilka lat a efekty to „małe kroczki”.

Środowisko miało okazję wymienić doświadczenia a także wzbogacić je o nowe elementy usprawnienia pracy – niezwykle ważne w opiece nad przewlekle chorym człowiekiem.

Te istotne treści nabierają dużego znaczenia w roku, który w sposób szczególny podkreśla niebagatelny wkład pielęgniarstwa w opiekę długoterminową. •



PIEŁĘGNIARSTWO

zawód czy nauka?

Po trzydziestu latach pracy w tym zawodzie, zdobyciu dużej wiedzy i doświadczenia nie umiem powiedzieć czy mgr przed nazwiskiem zmieniłoby coś w moim życiu zawodowym.

Co tak naprawdę decyduje o tym, czy wydziały pielęgniarstwa i położnictwa nie mogą pochwalić się liczbą studiujących?

Społeczne zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską jest z roku na rok większe. W każdym szpitalu, zakładzie opiekuńczo-leczniczym, przychodni pielęgniarki stanowią strategiczną grupę pracowniczą. Posiadam trzydziestoletni staż pracy w zawodzie pielęgniarki, moja obserwacja zawodu sprowadza się do tego, że opieka pielęgniarska jest najbardziej elementarnym przejawem chronienia zdrowia społeczeństwa, nieodzownym, pomimo coraz bardziej złożonych procedur medycznych. Opieka pielęgniarska to element systemu ochrony zdrowia obligatoryjny dla zabezpieczenia świadczeń, ich jakości, bezpieczeństwa pacjentów, ograniczenia zdarzeń niepożądanych, ciągłości opieki. Obecnie zawody pielęgniarek i położnych nie dysponują żadnymi rezerwami. Co decyduje o tym, że wydziały pielęgniarstwa i położnictwa nie mogą pochwalić się dużą liczbą studiujących? Przepracowałam w zawodzie kilkadziesiąt lat w tym siedemnaście na dużym sześćdziesięciolóżkowym oddziale chirurgicznym w systemie zmianowym a potem osiem lat w przy-

chodni i teraz ponownie w szpitalu. Praca w systemie zmianowym, w niedziele i święta nie należy do atrakcyjnych, szczególnie gdy wynagrodzenie jest poniżej średniej krajowej. Wymóg wysokich kwalifikacji i trudne warunki pracy pogłębione przez niedobór kadry (na granicy bezpieczeństwa pacjenta i samych pielęgniarek) sprawiają, że kadra pielęgniarek dramatycznie się kurczy. Wydaje mi się, że decydenci nie czują się odpowiedzialni za stworzenie rzetelnej platformy dialogu z pielęgniarkami. Doraźne interesy polityczne utrudniają uporządkowanie sytuacji. System działa na zasadzie gaszenia pożarów. Może poprawa organizacji pracy, zapewnienie bezpiecznych i higienicznych warunków pracy, wynagrodzenie zgodne z kwalifikacjami i kompetencjami, dostępność do darmowego kształcenia ustawicznego oraz wdrożenie programów motywacyjnych sprawi, że zawody pielęgniarki i położnej staną się atrakcyjniejsze. Co wzbudza jeszcze moje obawy? Pracując wiele lat w zawodzie zaobserwowałam, że bardzo mała liczba lekarzy, szczególnie młodych, zdaje sobie sprawę z tego jak ważna jest dobra współpraca lekarzy i pielęgniarek. Obecnie wprowadza się nowe standardy w opiece nad chory-

mi, ale lekarze powinni sobie zdawać sprawę, że w procesie leczenia chorego powinien brać udział *zespół* – czyli lekarze i pielęgniarki. Pielęgniarki kończą wyższe studia, są profesjonalne, mądre, jednak obserwuję, że dla lekarzy będzie to zawsze zawód „służebny”. Jeśli pielęgniarki pełniłyby rolę profesjonalnych współpracowników lekarzy w tak zwanych zespołach terapeutycznych w przyszłości takie zespoły poprawiłyby standardy opieki w szpitalach. Model pielęgniarstwa polegający na biernym wykonywaniu poleceń lekarzy powinien przejść do historii. W praktyce świat lekarzy i pielęgniarek działa zupełnie odrębnie. Młodzi lekarze i pielęgniarki powinni być przekonani, że stanowią zespół a ich kompetencje wzajemnie się uzupełniają. Zdaję sobie sprawę z tego, że zajmują się co prawda różnymi działaniami ale mogą z powodzeniem pracować razem dla dobra chorych. Wiele młodych pielęgniarek z wyższym wykształceniem jest profesjonalistkami, swobodnie poruszającymi się w medycznych zagadnieniach, stają się one kompetentnymi współpracownikami lekarzy. Pielęgniarkom często brakuje możliwości pogłębiania wiedzy medycznej na temat wykonywanych zadań. Pracują z chorym, ale to tylko

wykonywanie zleconych czynności. Pielęgniarka musi wiedzieć na co chory człowiek cierpi i jakie lekarze mają kłopoty z postawieniem diagnozy. Mając zwykle bliższy kontakt z chorym, więcej o nim wie i to powinni wykorzystywać lekarze. Wzajemna wymiana informacji stanie się podstawą leczenia. Gdy wszyscy działają razem, zyskuje na tym nie tylko pacjent. Im samym pracuje się lepiej. Co zniechęca pielęgniarki do podjęcia studiów wyższych? Na pewno hierarchiczny podział i „poddańcza” postawa personelu pielęgniarskiego wobec lekarzy, która powinna przejść do lamusa. Powinna to być wspólna praca na tym samym poziomie, dołączając do tego pracowników diagnostyki medycznej. Takie prawdziwe zespoły diagnostyczne istnieją już na świecie.

Jakie są jeszcze moje przemyślenia dotyczące tego, że tak mało osób wybiera studia wyższe na wydziałach pielęgniarskich? Wiemy, że współczesna

nauka charakteryzuje się postępującym rozwarstwieniem wiedzy. Ogromne przyspieszenie rozwoju nauki, badań naukowych i rozpowszechniania ich wyników prowadzi do wyodrębnienia coraz to nowych specjalności. Nauki medyczne są tego znakomitym przykładem. Pielęgniarstwo od samego początku pełniło funkcję pomocniczą względem „właściwej” medycyny. O pielęgniarstwie możemy mówić jako o zawodzie, umiejętnościach, w pewnym sensie o powołaniu, nie jest to dziedzina naukowa. Wydaje się, że studia na kierunku pielęgniarstwa są potrzebą chwili, dostosowania się do norm zawodowych Unii Europejskiej. Powstaje więc konieczność uzyskania wykształcenia na poziomie wyższym. Studiowanie tego przedmiotu należy zatem traktować jako podnoszenie kwalifikacji, nie prowadzi się w jego zakresie badań naukowych, badania związane są z medycyną. Dla młodych ludzi pielęgniarstwo nie jest potęż-

ną dziedziną wiedzy. Po trzydziestu latach pracy w tym zawodzie, zdobyciu dużej wiedzy i doświadczenia nie umiem powiedzieć czy mgr przed nazwiskiem zmieniliby coś w moim życiu zawodowym. Mimo to zachęcam młode koleżanki, aby kończyły studia, podnosiły kwalifikacje, szkoliły się, były profesjonalne, bo choć pielęgniarstwo nie jest tak potężną gałęzią wiedzy jak choćby medycyna, psychologia czy socjologia, być może pozwoli na to, żeby traktować nasz zawód na równi z innymi zawodami medycznymi. Kiedy to nastąpi? Nie wiem, bo na razie nasze społeczeństwo nie jest przygotowane do samodzielności zawodowej pielęgniarek, ponieważ zawód ten jest traktowany w medycynie jako pomocniczy. •

Zofia

Imię i nazwisko Autorki zastrzeżone do wiadomości Redakcji



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 PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK

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 PIELĘGNIAREK 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 PIELĘGNIAREK

Endoskopia • Harlowanie i kształtowanie kikutu amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Opieka nad pacjentem ze stromią 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 PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁÓDZI

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

Zgodnie z Uchwałą Nr 107/IV z dnia 08 kwietnia 2008 roku oraz Uchwałą Nr 643/IV 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!

PLATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

www.erudio.com.pl

Nastąpiły zmiany...

Czy wiedzą można dojść do doskonałości, czy może wiedzę przewyższa jedynie humanizm?

Okrzyk radości – hura! Nareszcie rzesza pielęgniarek i położnych, absolwentek liceów medycznych doczekała się ostatecznego rozwiązania sprawy dotyczącej liczby godzin kształcenia uzupełniającego. Znowelizowane rozporządzenie pozwala na podjęcie studiów pomostowych przez moje koleżanki przez dwa semestry bez względu na rok ukończenia nauki i obejmuje 400 godzin zajęć teoretycznych i 750 godzin praktycznych. Do tej pory okres kształcenia wynosił pięć semestrów i powodował krytykę i negatywne komentarze w naszej grupie zawodowej. Zarzucano nam zbyt małą ilość godzin praktyk, a przecież miałyśmy je już od pierwszej klasy. Pamiętam kilka praktyk dwutygodniowych m.in. w szpitalu psychiatrycznym na ul. Aleksandrowskiej i najdłuższe wakacyjne, obejmujące cały miesiąc lipiec na oddziale internistycznym w szpitalu im. Biegańskiego. Nie wspomnę o innych oddziałach. Na te oddziały, na praktyki chodziłyśmy ubrane w mundurki. Były mundurki, granatowe sukienki z tkaniny, która nazywała się chyba „bistorem” oraz krzyżaki – białe płócienne fartuchy. Fartuchy te trzeba było poddawać takiemu zabiegowi jak krochmalenie i prasowanie. Często żółkły pod żelazkiem zwłaszcza gdy chciało się je wyprasować na „blachę”. Były jeszcze obowiązkowe płócienne czepki z czarnymi aksamitnymi tasiemkami. Mimo tych trudności już wtedy byłam dumna, że będę pielęgniarką z dyplomem, pewną grupą zawodową, jakby elitą. Po latach mam wrażenie, że na swój sposób chciałyśmy

budować swój zawodowy autorytet. Jednak w większości wpajano nam spolegliwość wobec otoczenia – lekarzy, pacjentów i ich rodzin.

Obecnie kształcenie pielęgniarek i położnych odbywa się tylko w szkołach wyższych na poziomie licencjatu trwającego co najmniej sześć semestrów oraz wspomnianych studiach pomostowych. Po ukończeniu kształcenia na tym poziomie pielęgniarka/położna może kontynuować naukę na dwuletnich uzupełniających studiach magisterskich w trybie stacjonarnym lub niestacjonarnym. Kolejnym poziomem są studia doktoranckie, na których kształcą się moje trzy znajome koleżanki.

Zmieniła się jakby filozofia kształcenia z zawodowej na akademicką, charakteryzującą się szerszą podbudową teoretyczną z zakresu teorii pielęgniarstwa, nauk humanistyczno-społecznych zapewniona przez wysoko kwalifikowaną kadrę akademicką.

Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej oraz kodeks etyki zawodowej nakłada na pielęgniarkę/położną obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych. Potrzeba kształcenia ustawicznego jest podyktowana zmieniającą się rzeczywistością, postępem w medycynie, nowymi metodami i technikami leczenia, wynikami badań naukowych. Do istniejących form kształcenia podyplomowego należą szkolenia specjalizacyjne, kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne i dokształcające.

Do tych zdobytych umiejętności należy dołączyć pozytywną postawę

i zachowanie, żeby służyły dobru chorego, szanowania jego godności w coraz bardziej złożonym procesie profilaktyki, leczenia, pielęgnowania i rehabilitacji.

Czy wiedzą można dojść do doskonałości, czy może wiedzę przewyższa jedynie humanizm? Zawsze aktualne, bez względu na poziom wykształcenia jest ludzkie podejście do pacjenta, współczucie i troskliwość. Tego nic materialnego nie jest w stanie zastąpić.

Jesteśmy zawodem samodzielnym, coraz lepiej wykształconym, ale jak to się ma przy braku norm zatrudnienia, przejrzystego zakresu obowiązków, pracy często na dwóch etatach. Myślę, że obecny poziom kształcenia pozwala jednak na rozwój, asertywne zachowania w stosunku do kadry zarządzającej, która sama uczy się odnaleźć w systemie ciągłych reform.

Istnieje duża presja do uzupełniania wykształcenia. Podstawowy problem stanowią jednak przede wszystkim drastycznie niskie płace. Szkoda, że tego problemu nie widzą pracodawcy, a i grupa zawodowa chyba nie może liczyć na jakiegokolwiek podwyżki. Coraz rzadziej udaje się to podejmując strajk i pokazywać w mediach.

Przeczytałam kiedyś, że „choć nie zawsze uda się wyleczyć, to pielęgnować trzeba do końca”. Pamiętajmy o tym, w tym nasza siła. •

Mariola

Imię i nazwisko Autorki zastrzeżone do wiadomości Redakcji

Systemy kształcenia w wybranych krajach Unii Europejskiej

cz. 2

System kształcenia pielęgniarek w krajach Unii Europejskiej powinien być zgodny z zasadami i ogólnym programem nakreślonym w Europejskiej Strategii Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) kształcenia pielęgniarek i położnych. System ten powinien spełniać standardy europejskie zawarte w wielu dokumentach i aktach prawnych (Deklaracja Bolońska, Deklaracja Monachijska i inne). W odróżnieniu od kształcenia zawodowego, gdzie podstawowe wymogi określone zostały w prawie europejskim bardzo szczegółowo, do kształcenia podyplomowego dotychczas nie zostały sprecyzowane jednolite wymagania formalno-prawne. Stąd też obserwujemy dużą różnorodność ofert edukacyjnych w poszczególnych krajach.

Niemcy

Prawo federalne określa i reguluje kształcenie podstawowe, natomiast poszczególne landy implementują te założenia.

1. Kształcenie przeddyplomowe prowadzone jest w obszarze pielęgniarstwa opieki ogólnej oraz pielęgniarstwa pediatrycznej. W obu przypadkach trwa ono 3 lata i obie grupy zawodowe mają dostęp do kształcenia podyplomowego. Kandydaci do szkół pielęgniarstwa muszą spełnić następujące warunki:

- wiek co najmniej 17 lat,
- zaświadczenie o stanie zdrowia (fizycznego i psychicznego),
- zaświadczenie o niekaralności.

Kształcenie trwa trzy lata (w tym 1600 godzin teorii, 3000 godzin praktyki), uzyskany tytuł zawodowy podlega prawnej ochronie, przepisy prawne jednak nie określają szczegółowo funkcji i zakresu zadań pielęgniarstwa czy kompetencji.

Od 2004 roku w Niemczech zawód pielęgniarki można zdobywać na wyższych szkołach zawodowych. Studia trwają osiem semestrów. Po zaliczeniu sześciu student zdaje egzamin państwowy (odpowiednik polskiego licencja-

tu), a zdanie po dwóch kolejnych semestrach daje tytuł odpowiadający polskiemu magistrowi pielęgniarstwa (jednak niemieckie pielęgniarki podejmują je rzadko).

2. Kształcenie podyplomowe nie jest regulowane na poziomie federalnym, lecz pozostawione w gestii landów, stąd różnice w prowadzeniu kształcenia.

Tytuł specjalisty nie gwarantuje uzyskania określonych uprawnień zawodowych (wyjątek to specjalizacja nauczycielska, która uprawnia do podejmowania pracy w szkołach pielęgniarstwa).

Niemieckie Towarzystwo Szpitalnictwa DKG rekomenduje specjalizacje tj.: pielęgniarstwo psychiatryczne, pielęgniarstwo rehabilitacyjne, pielęgniarstwo neurologiczne, pielęgniarstwo operacyjne i endoskopowe, intensywna opieka medyczna, pielęgniarstwo onkologiczne.

Tradycyjne szkolenie specjalizacyjne trwa od 1-4 lat, odbywa się w szpitalach, obejmuje od 700 do 2000 godzin (teorii i praktyki). Z uwagi na zróżnicowanie pomiędzy landami można wskazać jedynie przybliżony wymiar trwania specjalizacji.

Wielka Brytania

System kształcenia pielęgniarek w Wielkiej Brytanii podzielony jest na etap przedrejestracyjny i etap porejestracyjny (po zdobyciu kwalifikacji). Kształcenie przedrejestracyjne musi przejść każdy, aby otrzymać kwalifikacje pielęgniarskie.

Kształcenie porejestracyjne (po zdobyciu kwalifikacji) odnosi się do wszelkich szkoleń.

Kształcenie przedrejestracyjne

Po pomyślnym ukończeniu kursu przedrejestracyjnego jego uczestnicy otrzymują podwójne kwalifikacje – akademickie (dyplom lub dyplom studiów pierwszego stopnia – *degree*) i zawodowe, uprawniające do ubiegania się o rejestrację w odpowiednim dziale rejestru zawodowego prowadzonego przez Nursing and Midwifery Council. Wykształcenie takie można zdobyć na uniwersytecie lub w innych placówkach tzw. *higher education* na poziomie *degree* i *postgraduate diplom* w Anglii natomiast w Szkocji, Walii i Irlandii Północnej tylko *degree*.

Kandydaci na kursy pielęgniarstwa muszą mieć minimum 17 lat i sześć miesięcy w pierwszym dniu kursu (17 lat w Szkocji).

Drogi do zdobycia kwalifikacji dyplomowanej pielęgniarki to:

- kurs przedrejestracyjny na poziomie dyplomu (*degree*);
- trzyletni kurs ze stażami klinicznymi dla zdobycia doświadczenia.

Oferowany z czterech dziedzin pielęgniarstwa: opieka nad dorosłymi, opieka nad chorymi psychicznie, opieka nad osobami z trudnościami w uczeniu się, opieka nad dziećmi.

Jest to kształcenie na poziomie dyplomu.

Studia pierwszego stopnia połączone z kształceniem przedrejestracyjnym z pielęgniarstwa obejmuje trzy lub cztery lata nauki, w tym staże kliniczne dla zdobycia doświadczenia. Oferowane z czterech dziedzin pielęgniarstwa tj. powyżej.

Uzyskiwane kwalifikacje to *degree* i uprawnienia do rejestracji.

Przyspieszony kurs dający poziom podyplomowy połączony z kształceniem przedrejestracyjnym dla absolwentów studiów na poziomie dyplomowym z przedmiotu związanego ze zdrowiem. Kurs trwa dwa lata ze stażami klinicznymi z: opieki nad dorosłymi, opieki nad psychicznie chorymi, opieki nad osobami z trudnościami w uczeniu się opieki nad dziećmi. Kandydaci muszą mieć stopień (*degree*) z pokrewnego przedmiotu, np. z nauk społecznych lub biologicznych. Uzyskiwane kwalifikacje to *postgraduate diplom* i uprawnienia do rejestracji.

3. Studia doktoranckie połączone z kształceniem przedrejestracyjnym dla absolwentów studiów na poziomie dyplomu z przedmiotu związanego ze zdrowiem. Kurs trwa dwa lata i prowadzi do zdobycia poziomu podyplomowego i rejestracji plus rok nauki na poziomie doktoranckim Master's. Obejmuje staże kliniczne dla zdobycia doświadczenia.

Oferowana jest ograniczona liczba kursów z opieki nad psychicznie chorymi i z opieki nad dorosłymi. Kandydaci muszą mieć stopień (*degree*) z przedmiotu pokrewnego, np. z nauk społecznych lub biologicznych. Uzyskiwane kwalifikacje to stopień Master's i uprawnienia do rejestracji.

Przed złożeniem podania na dany rodzaj szkolenia kandydaci muszą

się zdecydować, z jakiej dziedziny pielęgniarstwa chcą zdobyć kwalifikacje.

Kształcenie porejestracyjne po zdobyciu kwalifikacji

1. Kursy kliniczne

Istnieje wiele porejestracyjnych kursów klinicznych z każdej dziedziny pielęgniarstwa np. pielęgniarstwo ratunkowe, pielęgniarstwo w intensywnej opiece, opieka nad osobami starszymi, pielęgniarstwo onkologiczne, pielęgniarstwo ginekologiczne, pielęgniarstwo w chorobach klatki piersiowej, opieka nad noworodkami.

Wymagania na te programy są określane przez dyrektorów kursów. W przypadku kursów obejmujących staż kliniczny muszą być zarejestrowani w NMC i mieć co najmniej sześciomiesięczne doświadczenie w pracy w wybranej dziedzinie studiów. Nie wymaga się rejestracji, jeżeli kurs ma charakter czysto akademicki.

Kurs ww. dziedziny np. z pielęgniarstwa ratunkowego trwa od kilku tygodni do kilku miesięcy.

2. Kursy akademickie

– kursy akademickie dające postgraduate diplom, trwające 9 miesięcy

– kursy akademickie dające stopień Master's trwające 12 miesięcy,

– kursy badawcze dwu i trzyletnie z wielu przedmiotów z dziedziny pielęgniarstwa np. organizacja pracy pielęgniarskiej, kształcenie pielęgniarek, pielęgniarstwo katastrof, pielęgniarstwo onkologiczne, międzynarodowa opieka zdrowotna dla dzieci itd.

Norwegia

Kształcenie pielęgniarek odbywa się w 3-letnich szkołach wyższych. Szkoły te dają tylko przygotowanie ogólne, ale nie zapewniają kształcenia specjalistycznego. Nauka trwająca 120 tygodni, obejmuje część teoretyczną i praktyczną (w sumie 60 tygodni) oraz zajęcia na internie, chirurgii i psychiatrii (również w wymiarze 60 tygodni) pozwalające na zdobycie odpowiedniego doświadczenia zawodowego.

Cały okres kształcenia jest określany punktowo

3-letnie studia odpowiadają 60 punktom, po 20 punktów za 1 rok nauki. Jeden punkt równa się 2-tygodniowemu wkładowi pracy.

Zakres wiedzy pielęgniarskiej odpowiadający 45 punktom obejmuje:

- historyczne, filozoficzne i etyczne podstawy pielęgniarstwa,
- podstawowe pojęcia teorii w pielęgniarstwie,
- zakres pracy pielęgniarki,
- funkcje kierownicze pielęgniarki.

W drugim semestrze nauki szkoła umożliwi studentom powiązanie poznanej już teorii z praktyką. Zajęcia praktyczne odbywają się: na oddziale wewnętrznym, chirurgicznym, psychiatrycznym, opieki nad ludźmi starszymi oraz w innych placówkach np. przychodniach dziecięcych, ośrodkach dla narkomanów.

Każdy student w okresie praktyki ma swojego opiekuna tzw. pielęgniarkę kontaktową, od której uczy się pełnienia roli zawodowej. W okresie 3-letnich studiów obowiązuje pensum 10 tysięcy stron literatury, które dzieli się na poszczególne przedmioty lub dziedziny.

Po ukończeniu nauki w szkole 3-letniej można kontynuować naukę

w trzech formach: kursów zawodowych, specjalizacji, studiów uniwersyteckich.

Kursy zawodowe

W zakresie pielęgniarstwa zabiegowego, anestezjologii, onkologii i intensywnej terapii wynikają głównie z potrzeby zakładów pracy i są organizowane przez właściwą dla danego terenu szkołę wyższą pielęgniarstwa lub zakład pracy (przy udziale odpowiedniej kadry dydaktycznej). Kursy te trwają do dwóch lat, a ich uczestnicy otrzymują w czasie ich trwania normalne wynagrodzenie.

Dokształcanie pielęgniarek kontaktowych odbywa się głównie w szkołach, w których one pracują, w formie jednodniowych spotkań z kadrą dydaktyczną.

Specjalizacja

Istnieje możliwość uzyskania trzech rodzajów specjalizacji – w dziedzinie położnictwa, zdrowia publicznego oraz psychiatrii.

1. Specjalizację w dziedzinie położnictwa zdobywa się po 2 latach nauki. Na pierwszym roku wykładana jest teoria i odbywają się zajęcia praktyczne. Drugi rok poświęcony jest w całości na staż zawodowy, odbywany pod kierunkiem położnych. Na drugim roku pisze się pracę końcową (o objętości około 30 stron). Należy wspomnieć, że specjalizację tę wybierają także mężczyźni – na 100 położnych przypada około 5 mężczyzn.

2. Warunkiem uzyskania specjalizacji w dziedzinie zdrowia publicznego (tytuł zawodowy siostra zdrowia) jest ukończenie 3 letniej wyższej szkoły pielęgniarskiej i posiadanie minimum 2-letniej praktyki klinicznej. Kształcenie trwa 1 rok, ale w praktyce (głównie ze względu na

obciążenie obowiązkami domowymi słuchaczek) przedłuża się do 2 lat. Kształcenie organizowane jest przez wyższe szkoły i kończy się egzaminem państwowym.

3. Specjalizacja w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego (istniejąca od 1954 roku) jest prowadzona przez niemal wszystkie wyższe szkoły pielęgniarskie. Program nauki jest częściowo wspólny z kształceniem siostry zdrowia. Słuchacze uczą się ponadto elementów psychiatrii, farmakoterapii, terapii środowiskowej i rodzinnej. Kształcenie kończy się egzaminem państwowym, podczas którego pisze się pracę na jeden z trzech zaproponowanych tematów. W ciągu pół roku po tym egzaminie pisze się jeszcze jedną 35-40 stronicową pracę. Dopiero po jej przyjęciu zatwierdzana jest specjalizacja.

Studia uniwersyteckie

Celem studiów jest przygotowanie wykładowców Wyższych Szkół Pielęgniarstwa. Wykładowca taki może mieć tytuł kandydata, czyli nauczyciela pracującego w nie pełnym wymiarze godzin lub lektora Wyższych Szkół Pielęgniarstwa. Kandydatem zostaje się po ukończeniu 3-letniej Wyższej Szkoły Pielęgniarstwa, odbyciu 2 lat praktyki klinicznej i ukończeniu 2-letniego Instytutu Nauk Pielęgniarskich. Ukończenie 3-letnich studiów kierunkowych, prowadzonych przez trzy uniwersytety, daje możliwość bycia lektorem.

Możliwa jest jeszcze inna "ścieżka" kształcenia – ukończenie po Wyższej Szkole Pielęgniarstwa 2-letnich studiów uniwersyteckich o charakterze ogólnym, a następnie dalsze kształcenie na 3-letnich uniwersyteckich studiach kierunkowych. •

PROCES BOLOŃSKI

w pigułce

Istotą przedsięwzięcia było i jest stworzenie warunków do mobilności obywateli oraz dostosowanie systemów kształcenia do potrzeb rynku pracy.

Proces Boloński jest wspólnym przedsięwzięciem, w którym na zasadzie dobrowolności biorą udział państwa należące do Unii Europejskiej oraz inne państwa pragnące zintegrować swoje systemy edukacji. W chwili obecnej do realizacji zaleceń Procesu Bolońskiego przystąpiło 49 państw, a kolejne przygotowują się do udziału w tym przedsięwzięciu. Idea stworzenia Europejskiego Obszaru (Przestrzeni) Szkolnictwa Wyższego znalazła swój wyraz w dokumencie zwanym Deklaracją Bolońską, który został podpisany w 1999 roku przez ministrów odpowiedzialnych za szkolnictwo wyższe 29 państw europejskich. Należy podkreślić, że pośród krajów, które podpisały tę Deklarację była również Polska. Istotą tego wspólnego przedsięwzięcia było i jest stworzenie warunków do mobilności obywateli oraz dostosowanie systemów kształcenia do potrzeb rynku pracy. Pośród celów tego procesu podkreślano także podniesienie atrakcyjności i poprawienie pozycji konkurencyjności systemu szkolnictwa wyższego w Europie.

W ramach samej Deklaracji Bolońskiej zwrócono przede wszystkim uwagę na:

– wprowadzenie systemu „łatwo czytelnych” i porównywalnych stopni

(dyplomów z suplementem opisującym liczbę godzin i zakres realizowanych przedmiotów kształcenia),

– wprowadzenie studiów dwustopniowych jako zasady (studia licencjackie i magisterskie),

– wprowadzenie punktowego systemu rozliczania osiągnięć studentów (system ECTS),

– wspieranie mobilności studentów i pracowników,

– współdziałanie w zakresie zapewniania jakości kształcenia,

– propagowanie spraw europejskich w kształceniu (tzw. europejski wymiar kształcenia).

Wiele z tych zaleceń znalazło swoje odbicie w tworzonych w naszym kraju regulacjach prawnych, dotyczących także kierunków pielęgniarstwo i położnictwo.

W kolejnych latach skierowano uwagę na rozwój kształcenia ustawicznego (lifelong learning) oraz współdziałanie uczelni i studentów w realizacji Procesu Bolońskiego. Kształcenie ustawiczne jest bardzo istotnym elementem kształcenia w obszarze tzw. zawodów medycznych, a w zakresie zawodów regulowanych, takich jak: lekarz, lekarz dentyista, pielęgniarka i położna mieści się w ramach obowiązku ustawowego. W najbliższej przyszłości konieczne

będzie stworzenie w Polsce regulacji prawnych umożliwiających uznawanie także tzw. umiejętności nieformalnych i pozaformalnych w ramach lifelong learning.

W następnych latach jako priorytet przedstawiono rozszerzenie dwustopniowej struktury studiów o studia trzeciego stopnia – studia doktoranckie oraz rozwoju kształcenia interdyscyplinarnego. Powstała organizacja europejska Orpheus, która przedstawiła zalecenia dotyczące standardów i treści programowych oraz systemu oceny jakości kształcenia na studiach doktoranckich. Ważnym wydarzeniem w Polsce było stworzenie możliwości uzyskiwania tytułu doktora w zakresie nauk o zdrowiu.

Następnie w ramach Procesu Bolońskiego podkreślono konieczność:

– zacieśniania związków kształcenia i badań naukowych (lepsze wykorzystanie współpracy uczelni z innymi instytucjami prowadzącymi badania naukowe),

– zwiększenia dostępności studiów dla kandydatów ze wszystkich grup społecznych bez względu na ich możliwości finansowe.

Stworzono i usprawniono działanie wielu programów (takich jak Socrates, Erasmus) oraz systemu grantów i kre-

dytów umożliwiających swobodną wymianę studentów i nauczycieli pomiędzy uczelniami z różnych państw (także nie należących do Unii Europejskiej, np. program Tempus).

W kolejnych latach zwrócono uwagę przede wszystkim na:

- wprowadzenie zasad i standardów zapewnienia jakości,
- wprowadzenie ramowej struktury formalnych kwalifikacji – dyplomów,
- wydawanie i uznawanie dyplomów ukończenia studiów prowadzonych wspólnie przez uczelnie z różnych krajów, także studiów doktoranckich,
- tworzenie systemu umożliwiającego realizację elastycznych ścieżek kształcenia na poziomie wyższym, obejmującym procedury uznawania wcześniej zdobytej wiedzy i umiejętności.

Zalecenia te spowodowały konieczność dostosowania regulacji prawnych dotyczących kształcenia w naszym kraju. Zalecenia te znalazły swoje odbicie w obowiązującej ustawie „Prawo o Szkolnictwie Wyższym” oraz w projektowanych zmianach w noweli do tej ustawy.

Europejskie Stowarzyszenie na rzecz Zapewnienia Jakości w Szkolnictwie Wyższym (ENQA) opracowało „Standardy i wskazówki dotyczące jakości kształcenia w Europejskim Obszarze Szkolnictwa Wyższego”, które obejmują najważniejsze elementy procesu kształcenia i stanowią podstawę tworzenia systemów wewnętrznego i zewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia w poszczególnych krajach i uczelniach wyższych. Według tych zaleceń wewnętrzne standardy oceny jakości obejmują następujące elementy:

- politykę oraz procedury zapewnienia jakości,
- zatwierdzanie, monitoring oraz okresowy przegląd programów oraz ich efektów,
- ocenianie studentów,
- zapewnienie jakości kadry dydaktycznej,
- zasoby do nauki oraz środki wsparcia dla studentów,

- systemy informacyjne,
- publikowanie informacji.

W ostatnich latach podkreślono konieczność współpracy uczelni z rynkiem pracy oraz powiązania edukacji, badań i innowacji a przede wszystkim ukierunkowania kształcenia na studenta. Przedstawiono także zalecenie, aby 20 proc. absolwentów szkół wyższych Europejskiej Przestrzeni Szkolnictwa Wyższego uczestniczyło w pobycie zagranicznym w ramach studiów.

Jednym z bardzo istotnych elementów Procesu Bolońskiego jest oparcie nauczania o efekty kształcenia. Efekty kształcenia (learning competences) można zdefiniować jako to, co student wie, rozumie i umie wykonać po zakończeniu procesu kształcenia.

Efekty kształcenia powinny być określone na trzech poziomach:

1. Na poziomie uczelni, na którym opisują konkretne kompetencje absolwenta na określonym poziomie i kierunku studiów.

2. Na poziomie kraju, gdzie pozwalają na opisanie kompetencji ogólnych, jakie powinien reprezentować absolwent określonego poziomu studiów, co ma istotne znaczenie w zapewnieniu jakości kształcenia.

3. Na poziomie międzynarodowym, w Ramach Kwalifikacji dla Europejskiego Obszaru Szkolnictwa Wyższego, na którym umożliwiają odniesienie się i porównanie kwalifikacji uzyskiwanych w różnych krajach.

Na podkreślenie zasługuje fakt, iż w ramach europejskiego Projektu „Tuning” określono kompetencje istotne dla pielęgniarstwa ogólnego.

W podsumowaniu tego zwięzłego materiału pragnę podkreślić, że Proces Boloński to aktywna forma współpracy i wymiany studentów oraz nauczycieli, a także najlepszych doświadczeń pomiędzy poszczególnymi uczelniami z różnych krajów. •

prof. dr hab. med. Józef Kobos
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Literatura u Autora



Informacja prasowa w sprawie powołania Eksperta Międzynarodowej Rady Pielęgniarek na lata 2009-2013 w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego

Szanowni Państwo, jest nam niezmiernie miło poinformować, że Pani dr Hanna Hajduk została powołana przez Międzynarodową Radę Pielęgniarek do grona ekspertów Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i Położnych w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego na lata 2009 – 2013. Dr n. med. ANNA HAJDUK jest specjalistą z pielęgniarstwa psychiatrycznego, konsultantem krajowym w dziedzinie pielęgniarstwa psychiatrycznego, pełni funkcję kierownika Samodzielnej Pracowni Pielęgniarstwa Klinicznego na Wydziale Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego. Pani A. Hajduk ukończyła Akademię Medyczną we Wrocławiu oraz studium doktoranckie na Pomorskiej Akademii Medycznej w 2002 roku. Pracę zawodową rozpoczęła na stanowisku nauczyciela zawodu w oddziałach psychiatrycznych. Jest także absolwentką 4-letniego kursu psychoterapii na Uniwersytecie Jagiellońskim. Autorka licznych publikacji naukowych z zakresu psychiatrii i pielęgniarstwa psychiatrycznego. Zadaniem Eksperta jest m.in. opracowywanie raportów dla ICN o sytuacji pielęgniarstwa w Polsce oraz recenzowanie materiałów dotyczących danej specjalności. •

Więcej informacji na stronie www.pum.edu.pl/aktualnosci/dr-anna-hajduk-konsultant-krajowy-w-dziedzinie-pielęgniarstwa-psychiatrycznego

Coś optymistycznego

Środowisko pielęgniarstwa... skłócone, podzielone, niesolidarne. Często słyszę zdanie, że jedna drugą utopiłaby w łyżce wody, że największym wrogiem pielęgniarki jest druga pielęgniarka... Cóż – zdarza się, że nasze branżowe fora są miejscem wymiany złośliwych epitetów i permanentnego narzekania. Zdarza się, że trafiamy na ludzi, którzy mają bardzo zły dzień. Zdarza się, że wszyscy dookoła mają zły dzień (z nami włącznie). Zdarza się. Łatwo wtedy o generalizację, uogólnianie. Przystajemy zauważać dobre rzeczy, które też się dzieją.

Chciałabym podzielić się z Wami dobrą energią, którą posiadam wbrew zastanej rzeczywistości. To moje osobiste doświadczenia, obraz świata przepuszczony przez filtr ciągle jeszcze pozytywnego myślenia.

Bardzo bałam się wrócić do zawodu po 12 latach przerwy. Zastanawiałam się, czy cokolwiek pamiętam, czy to jest w ogóle miejsce dla mnie. Nigdy nie pracowałam w szpitalu – perspektywa wzięcia tak ogromnej odpowiedzialności za ludzi powodowała, że było mi niedobrze ze zdenerwowania.

Pierwszy dzień przeszkolenia. Oddział wewnętrzny w szpitalu w Beł-

Wszystkiego, co umiem dzisiaj, nauczyłam się od moich Koleżanek. W sposób zupełnie naturalny dzieliły się ze mną swoją wieloletnią wiedzą i doświadczeniem z oddziałów, na których pracowały wcześniej.

chatowie. Żołądek wielkości pestki, drżące dłonie i szalejące tętno. Wszystko zniknęło, kiedy weszłam na oddział. Będę to bardzo długo pamiętać. Mięłam drzwi, zatrzymałam się, dotarły do mnie dźwięki pracującego oddziału i typowy szpitalny zapach... i poczułam się u siebie. To było moje miejsce. Spokój, opanowanie i świadomość znajdowania się na właściwym miejscu towarzyszy mi do dzisiaj. I do dzisiaj pamiętam przyjazne, sympatyczne, uśmiechnięte, pomimo nawału pracy, Pielęgniarki.

I teraz najważniejsze. Po przeszkoleniu przyszedł czas na prawdziwą pracę. Bez taryfy ulgowej, na pełny etat, na moją odpowiedzialność. Trafiłam do szpitala im. M. Pirogowa w Łodzi. Ciągłe „zielona”, przerażona dynamiką i nieprzewidywalnością pracy w izbie przyjęć, zostałam przyjęta z serdecznością, której się nie spodziewałam – ze strony wszystkich pracowników oddziału. Dostałam swojego Anioła, którego niewyczerpaną cierpliwość do dzisiaj podziwiam. Wszystkiego, co umiem dzisiaj, nauczyłam się od

moich Koleżanek. W sposób zupełnie naturalny dzieliły się ze mną swoją wieloletnią wiedzą i doświadczeniem z oddziałów, na których pracowały wcześniej. Dzięki mojej Oddziałowej, której funduję co miesiąc ekwilibrystkę na rzęsach, prosząc o uwzględnienie w grafiku moich wykładów i szkoleń oraz dzięki wsparciu i tolerancji moich Koleżanek – mogę pozwolić sobie na luksus studiowania. Każda z nas, która próbuje pogodzić ze sobą pracę (często na dwa etaty), studia i rodzinę, wie jak wiele wysiłku to wymaga. I nie muszę mówić, ile znaczy i jak wiele ułatwia życzliwość i wsparcie ze strony Współpracowników.

Zdarzają się spięcia, różnice zdań – jak w każdej grupie – ale atmosfera pracy pozwala na spokojne wykonywanie swoich obowiązków. Wiem, że zawsze mogę liczyć na pomoc, jeżeli będę jej potrzebowała. To duży komfort, daje poczucie bezpieczeństwa. Mam przyjemność pracować w zespole życzliwych sobie osób. Po prostu. Tylko tyle i aż tyle.

Koleżanki i Koledzy – szacunek dla pracy Pielęgniarki. Życzę Wam spokojnego dyżuru. •

Zdarza się, że trafiamy na ludzi, którzy mają bardzo zły dzień. Zdarza się, że wszyscy dookoła mają zły dzień (z nami włącznie). Zdarza się. Łatwo wtedy o generalizację i uogólnianie.

Człowiek *i* emocje

Emocje to niezbędny element psychiki człowieka, ukierunkowują one jego działanie, przystosowują do otoczenia. Zmiany nastroju są nieodłączną cechą doświadczenia ludzkiego, a nastrój ma olbrzymie znaczenia dla rozwoju.

Człowiek posiada liczną gamę przeżyć emocjonalnych. Zaburzenia przejawów życia emocjonalnego towarzyszą licznym chorobom i zaburzeniom psychicznym. W życiu każdego jest wiele momentów, kiedy osobie zrównoważonej, nie wykazującej odchyżeń od normy psychicznej i prawidłowo reagującej emocjonalnie mogą nagle zdarzyć się ostre zaburzenia psychiczne. Człowiek poza mechanizmami wrodzonymi regulującymi czynności organów wewnętrznych dysponuje również mechanizmami psychicznymi pozwalającymi na właściwą orientację i ustosunkowanie się do sytuacji zewnętrznej. Należą do nich mechanizmy poznawcze, emocjonalno-motywacyjne i działania. Zaburzenia w tych mechanizmach mogą doprowadzić, że nie będzie on odbierał właściwie wszystkich bodźców pochodzących ze świata zewnętrznego. W prawidłowo funkcjonujących mechanizmach psychicznych człowiek nawiązuje poprawne stosunki ze społeczeństwem. Może modyfikować i zmieniać środowisko, dostosować je do własnych potrzeb. Świat otaczający człowieka jest światem społecznym, zorganizowanym przez ludzi i złożonym z nich samych.

Emocje doznawane przez ludzi cechują się określonym nasileniem i znakiem. Kwalifikują się one w dwie

grupy: emocje negatywne np.: złość, rozpacz, rozczarowanie, oraz emocje pozytywne np.: zadowolenie, radość, rozkosz. Emocje to krótkie reakcje organizmu na niespodziewane sytuacje, niekiedy bardzo intensywne. Emocje wyrażają stosunek podmiotu do ludzi, zjawisk, bądź do siebie, swego organizmu lub własnego działania. Emocje wywierają nadto wpływ na gotowość organizmu do działania. Na przykład gniew zwykle gotowość tę podwyższa i stąd nazywany bywa emocją steniczną. Umiarkowany strach może działać podobnie, natomiast silny strach częściej jest emocją asteniczną, zmniejsza bowiem zdolność do działania lub wręcz ją „poraża”.

Dalszą istotną właściwością emocji, która nie dotyczy jednak ogółu procesów emocjonalnych, jest jej funkcja motywacyjna. Zwłaszcza emocje głębokie, takie jak miłość lub nienawiść, są zwykle silnym czynnikiem motywacyjnym, a więc popychającym do działania i ukierunkowującym je. Znajomość poszczególnych cech emocji ułatwia dokonanie ich opisu, i to zarówno emocji doznawanych przez nas samych, jak i emocji doświadczanych przez innych, a relacjonowanych słownie lub rozpoznawanych na podstawie przejawów zewnętrznych.

Emocje różnią się między sobą treścią. Używając następujących

określeń: lęk, żal, rozpacz, gniew, strach i innych, nie komunikujemy nic bliższego o każdej z tych emocji, jednak odróżniamy je pod względem treści. Emocje dla przeżywającego je podmiotu są ujemne lub dodatnie. Emocje dodatnie jak radość i satysfakcja podtrzymują stan emocjonalny jednostki. Natomiast emocje ujemne, takie jak lęk, przygnębienie, budzą na ogół tendencję do usunięcia ich źródła.

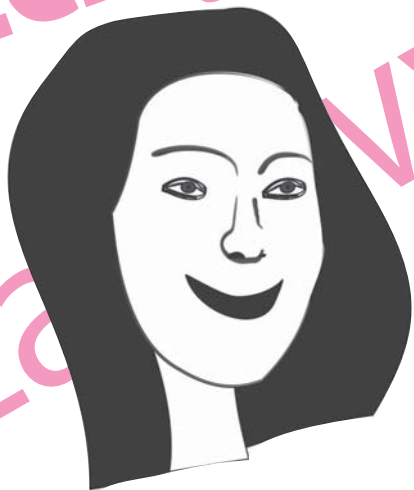
Jedną z podstawowych cech emocji jest ich siła lub inaczej – natężenie. Silne emocje przebiegają ze znacznym odczynem wegetatywnym, który nie zawsze jednak uzewnętrznia się w sposób łatwy do dostrzeżenia. Emocje o dużej sile osłabiają, zwykle w sposób wybiórczy, efektywność spostrzegania, a również innych procesów poznawczych. Między innymi zmniejsza się zdolność swobodnego i logicznego myślenia, aczkolwiek w stopniu bardzo różnym – od nikłego do znacznego.

W miarę wzrostu natężenia emocji dość często narasta niepokój ruchowy, ale bynajmniej nie zawsze, jak w przypadku osób głęboko czymś poruszonych, ale zewnętrznie spokojnych. Charakteryzując emocje, uwzględniamy również okres utrzymywania się emocji, tj. ich trwałość. Głębokość emocji jest to właściwość

SZCZĘŚCIE

przerażenie

strach



depresja



różna od natężenia i wyraża przede wszystkim motywacyjną funkcję emocji. Emocje głębokie skłaniają do długotrwałego działania w określonym kierunku. Typowym przykładem emocji głębokich są emocje związane z ideami nadwartościowymi. Oprócz treści, znaku, natężenia, trwałości i głębokości wyróżnia się ekspresję i przedmiot emocji.

Ekspresja jest zewnętrznym wyrazem stanu emocjonalnego i przejawia się w mimice, gestach i widocznych oznakach fizjologicznych. Wskazanie przedmiotu emocji nie nasuwa zwykle żadnych trudności, a w określeniu podanym na wstępie podkreśla się nawet, że emocja wyraża stosunek do czegoś lub kogoś. Tak jest najczęściej, ale jednak nie zawsze można wyraźnie wskazać przedmiot emocji. Bodźce napływające z narządów wewnętrznych, w przypadkach chorób układu sercowo-naczyniowego i oddechowego, mogą wyzwać uczucie bezprzedmiotowego niepokoju.

Emocje to niezbędny element psychiki człowieka, ukierunkowują one jego działanie, przystosowują do otoczenia. Zmiany nastroju są nieodłączną cechą doświadczenia ludzkiego, a nastrój ma olbrzymie znaczenie dla rozwoju. Wpływa on na naszą dyspozycję do działania i zachowania, odpowiada za zaangażowanie życiowe, równocześnie zapewniając nam względne bezpieczeństwo.

Nastrój jest to ogólny stan emocji, odczuwalny przez dłuższy czas obejmujący stany od smutku do szczęścia. W szerszym znaczeniu nastrój identyfikowany jest jako proces psychiczny, który nadaje jakość oraz określa znaczenie, jakie mają dla niego będące źródłem emocji przedmioty, zjawiska, inni ludzie, a także własna osoba.

Zaburzenia nastroju zawsze stanowiły część ludzkiego doświadczenia. Postęp medyczny w leczeniu zaburzeń nastroju przyczynił się zasadniczo do zmiany przebiegu choroby. Nastrój osoby nie ogranicza się do manifestacji radości czy smutku, tworzy go wiele czynników takich jak: wrażliwość, siła ducha, klimat afektywny, odwaga, pogoda ducha, strach lub trwoga, tolerancja. To komponent afektywny, który osadza się w jednostce progresywnie, i ulega zmianom pod wpływem bodźców zewnętrznych.

Emocje są wywoływane przez bodźce pierwotne te które pochodzą od narządów zmysłowych lub wewnętrznych i związane są z zaspakajaniem potrzeb i reakcjami patologicznymi. Mogą wywołać niespecyficzny stan ogólny, przyjemny, lub przykry. Obniżenie nastroju rozpoznajemy wówczas, gdy całe życie uczuciowe chorego zabarwia pesymizm, stan przygnębienia i nieuzasadnionego smutku. Wzmocnienie nastroju określane jest mianem manii, albo hipomanii. Jest to stan nastroju radości, szczęścia, optymizmu, nadzwyczaj dobrego samopoczucia.

Dysforia jest zaburzeniem nastroju polegającym na dominowaniu złego

samopoczucia, niezadowolenia, drażliwości, gniewliwości, czasem lękliwości, płaczliwości i wzajemnej kombinacji tych stanów.

Apatia oznacza obniżenie zainteresowań oraz aktywności. Chorzy uskarżają się na dokuczliwą zmianę nastroju, występuje przygnębienie i poczucie rezygnacji.

Chwiejność emocjonalna polega na patologicznej zmianie nastroju, często przechodzeniem z obniżonego nastroju do znacznie podwyższonego.

Lęk jako czynnik chorobotwórczy

Lęk to wspólny mianownik dla pewnej liczby stanów i procesów, określenie to ma różne znaczenie w różnych kontekstach. Termin ten może oznaczać emocję, cechę osobowości, objaw w chorobach somatycznych i psychicznych, albo zaburzenie psychiczne. Może być czynnikiem pośredniczącym, lub reakcją organizmu. Lęk wpływa na myślenie, osiągnięcia, zachowanie i społeczne funkcjonowanie. Niekiedy nabywa jakości chorobliwego, patologicznego lęku.

Lęk ma wiele postaci. W diagnostyce lęku przydatny jest podział na następujące typy :

1. Lęk jako naturalna reakcja przystosowawcza lub odpowiedź na niebezpieczeństwo bezpośrednie, stres, konflikt.



2. Lęk fobiczny, izolowany związany z określonym bodźcem, o dużym napięciu i prowadzący do unikania kontaktów z budzącymi zagrożenie bodźcami.

3. Lęk pierwotnie anatomiczny, niekiedy nie związany z żadnymi warunkami uogólniony lub napadowy lęk wtórny występujący jako przejaw zaburzeń somatycznych.

Lęk jest reakcją unikania bodźców awersyjnych, a zatem integralną częścią reakcji emocjonalnej. Jest on jednym z najgroźniejszych objawów chorób psychicznych i najbardziej dręczącym. Obejmuje sternictwo psychiczne człowieka, może wywołać najrozmaitsze reakcje chorego, groźne dla niego samego i otoczenia.

Oprócz czynników sytuacyjnych w powstawaniu stanów lękowych ważną rolę odgrywają czynniki genetyczne (konstytucja i temperament) i procesy uczenia się we wczesnym dzieciństwie. Na skutek lęku – uczucia nieokreślonego zagrożenia – chorzy mogą dokonywać aktów rozpacz, mogą mieć skłonność do samouszkodzenia ciała, połykania ostrych przedmiotów.

Przeżywanie lęku przez chorego objawia się niespokojnym zachowaniem, rozszerzeniem źrenic, drżeniem rąk. Chorzy w stanie lękowym mogą gwałtownie się bronić, uciekać, niekiedy nawet atakować.

Lęk to uczucie obawy spowodowane przewidywanym zagrożeniem, źródło lęku może znajdować się na zewnątrz lub wewnątrz jednostki. Mogą go wywołać bodźce płynące

z psychiki człowieka. Jeżeli przyczyna niebezpieczeństwa jest konkretna, zwykle używa się pojęcia strachu, rezerwując termin lęk dla stanów, w którym jest ona trudna do sprecyzowania. Przyczyną lęku mogą być: niebezpieczeństwo, choroba, stres, objawy abstynencyjne, genetyczne uwarunkowania zaburzenia metabolizmu.

W klinice psychiatrycznej jest najczęściej spotykanym stanem emocjonalnym jest znamieny dla wszystkich rodzajów nerwic. Lęk jest osiowym objawem zaburzeń nerwicowych. Stanowi on punkt krystalizacyjny dla innych objawów nerwic. Najczęściej przybiera postać nieokreślonego niepokoj, napadów lękowych oraz zlokalizowaną postać dotyczącą określonej części ciała lub sytuacji.

Szereg zaburzeń wegetatywnych obejmuje dolegliwości bólowe, zaburzenia snu, zaburzenia łaknienia, zaburzeń seksualnych. Z lękiem łączy się zwykle niepokój, polegający na zaburzeniu normalnych czynności, niemożności usiedzenia na miejscu, stałym chodzeniu, lub ciągłych ruchach kończyn, manipulowaniu przedmiotami. Niepokój występuje niejednokrotnie bez wyraźniejszego odczucia lęku, trwa tygodniami. Lęk trwa zwykle krótko (sekundy, minuty), ale może się często powtarzać.

Lęk może być objawem wielu chorób somatycznych, najczęstsze z nich to:

- choroby układu krążenia (zagrażający zawał serca, zator tętnicy płucnej),
- choroby endokrynologiczne (nadczynność tarczycy,

- hipoglikemia,
- zatrucia (amfetaminą, kofeiną),
- zespół psychoorganiczny (encefalopatia, zespół pourazowy),
- nadmierne przeciążenie pracą fizyczną lub umysłową.

Objawy nerwicowe mogą przybierać postać różnych zaburzeń czynności somatycznych, zaburzeń przeżywania i zaburzeń zachowania.

Lęk długotrwały wpływa szkodliwie na zdrowie psychiczne człowieka, jego charakter oraz zdolność do pracy. Niekiedy obejmuje całkowicie sternictwo psychiczne człowieka, zmienia reakcje zachowania wobec otoczenia. Stan ten musi być zredukowany dostępnymi skutecznymi sposobami.

Istnieją dość szczegółowe ustalenia dotyczące leczenia farmakologicznego w poszczególnych zaburzeniach. Im lepiej sprecyzowana jest diagnoza, tym bardziej optymalne leczenie farmakologiczne można zastosować. We wstępnym postępowaniu, poprzedzającym konsultację specjalistyczną, farmakoterapia może okazać się potrzebna w przypadku występowania silnych objawów lękowych, a jeżeli przedłuża się oczekiwanie na badanie psychiatryczne, również w przypadku wyraźnych objawów depresyjnych łagodnie lub umiarkowanie nasilonych. •

Literatura u Autorki

Nietrzymanie moczu u kobiet

wyzwanie dla położnych

W Stanach Zjednoczonych prowadzono badania, które wykazały, że około 25 proc. kobiet po 30 roku życia ma problemy z nietrzymaniem moczu. Wśród mężczyzn nasilenie tych samych problemów jest o połowę mniejsze.

Według WHO zdrowie to nie tylko brak choroby, to pełen dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny. Nietrzymanie moczu skutecznie narusza ten dobrostan w każdej z tych kategorii życia.

Nietrzymanie moczu jest problemem starym jak ludzkość. Dolegliwości pęcherza, powodujące problemy z trzymaniem moczu, oraz metody leczenia tych dolegliwości opisane są w pismach medycznych z około 2000 lat p.n.e. Wzmianki na ten temat znaleziono w słynnym papirusie z Kahum oraz papirusie z Ebersa.

Trudno ustalić, ile kobiet cierpi na tę dolegliwość. W Stanach Zjednoczonych prowadzono badania, które wykazały, że około 25 proc. kobiet po 30 roku życia ma problemy z nietrzymaniem moczu. Natomiast u kobiet w wieku 45-60 lat, aż u 57 proc. kobiet stwierdzono występowanie nietrzymania moczu. Wśród mężczyzn nasilenie tych samych problemów

jest o połowę mniejsze. Inne analizy pokazują, że nietrzymanie moczu dotyczy od 5 do 15 proc. całej populacji społeczeństwa.

Trudno jest ocenić dokładnie skalę występowania nietrzymania moczu u kobiet ze względu na niechęć pacjentek do informowania lekarzy o swoich problemach. Dane

szacunkowe różnych badań

podają, że 120 na 2000 pacjentów odbywających poradę u lekarza rodzinnego ma problemy z nietrzymaniem moczu. Jednak jedynie co 12 pacjent zgłasza lekarzowi fakt nietrzymania moczu, a czas jaki upływa od pojawienia się pierwszych objawów dotyczących zaburzeń oddawania moczu do chwili szukania pomocy medycznej, wynosi około 9 lat. Od 10 do 25 proc. kobiet po 30 roku życia skarży się na stałe lub okresowe problemy związane z nietrzymaniem moczu, natomiast po 50 roku życia zaburzenia te dotyczą 1/3 kobiet. Można jednak domniemywać, że liczby te są niedoszacowane, ponieważ na ten drażliwy temat za mało się mówi, nadal jest tematem tabu



w wielu środowiskach. W Polsce brak jest dokładnych informacji o częstości występowania nietrzymania moczu. Można przyjąć, że nie odbiegają one od podawanych powyżej. Natomiast z pewnością zainteresowanie tym problemem do niedawna było znacznie mniejsze niż np. w krajach Europy Zachodniej.

Nietrzymanie moczu stało się palącym problemem współczesnych czasów. Świat medyczny uznaje ten problem za jedno z głównych wyzwań XXI wieku. Biorąc pod uwagę, iż długość życia społeczeństwa systematycznie się wydłuża, zwiększają się również problemy zdrowotne obywateli. Choroby związane z wiekiem stają się coraz powszechniejsze. Nietrzymanie moczu w pewnym stopniu należy również do tych chorób, chociaż nie dotyczy ono wyłącznie osób starszych.

Ważne jest zatem wczesne rozpoznanie i wdrożenie odpowiedniego leczenia. Równie istotne są odpowiednia profilaktyka i szeroki dostęp do informacji o możliwościach, jakie daje współczesna medycyna pacjentkom dotkniętym tym schorzeniem. Tymczasem na poziomie leczenia podstawowego nie jest najlepiej. Lekarze pierwszego kontaktu nie do końca radzą sobie z tym specyficznym problemem. Nadal spora ich część nie jest dostatecznie wyczulonych na słowa pacjentek. Dobrze, jeśli pacjentka kierowana jest do urologa, ginekologa lub uroginetologa. Niestety, zdarza się nadal jeszcze że słyszy, iż problem z którym się boryka, jest właściwym stanem dla procesu starzenia się i należy nauczyć się z tym żyć. Również czujność położnych w poradniach dla kobiet i środowisku jest niewystarczająca. Najczęściej jest to wynikiem braku odpowiedniej wiedzy na temat patogenez, profilaktyki i leczenia nietrzymania moczu u kobiet. Wprawdzie położne są w stanie powiedzieć pacjentce o konieczności wykonywania ćwiczeń mięśni dna miednicy, tzw. ćwiczenia Kegla, ale z wyjaśnieniem jak prawidłowo wykonywać te ćwiczenia są już pewne kłopoty.

Tymczasem pracująca w środowisku pacjentki położna środowiskowa, będąc łącznikiem między lekarzem a pacjentką, może okazać się pierwszym lub jedynym pracownikiem opieki zdrowotnej, który może w znacznym stopniu pomóc pacjentce dowiadując się o jej problemach uroginetologicznych.

W USA, Anglii, Niemczech, Singapurze czy Australii rozwinęły się specjalizacje pielęgniarstwa mające na celu podniesienie poziomu opieki nad pacjentem z problemem nietrzymania moczu i jego rodziną, by skutecznie radzili sobie z fizycznymi, psychologicznymi, społecznymi i ekonomicznymi skutkami problemu.

W krajach wyspecjalizowanych w dziedzinie nietrzymania moczu personel pielęgniarstwa nie tylko prowadzi bezpośrednią opiekę nad pacjentem, ale jest również odpowiedzialny za filozofię, standardy oraz politykę tego leczenia. Prowadzi jednocześnie nadzór nad działaniami innych członków zespołu pielęgniarstwa. Specjalizacje te stopniują poziom wiedzy, kwalifikacji i kompetencji personelu zajmującego się pacjentkami z problemem nietrzymania moczu.

W Polsce brak jest personelu pielęgniarstwa odpowiednio wykwalifikowanego do pracy z pacjentką mającą problemy uroginetologiczne, zarówno na poziomie opieki podstawowej, w środowisku jak i w poradniach specjalistycznych. Mając bezpośredni kontakt, położne nie mają dostatecznej i aktualnej wiedzy do właściwego sprawowania opieki nad pacjentkami uroginetologicznymi. Dotyczy to w równym stopniu rozpoznania symptomów przy pomocy odpowiednich kwestionariuszy, wstępnej diagnostyki jak i edukacji na temat aktualnych metod zapobiegania i zachowawczego leczenia nietrzymania moczu, oraz technik rehabilitacji zapobiegawczej.

Problem ten dostrzegają również specjaliści zajmujący się rozwojem uroginetologii w Polsce. Jak mówi dr n. med. Piotr Radziszewski, członek Rady Naukowej ds. Problemu

NTM Programu Prospołecznego *NTM – Normalnie Żyć*: „(...) brak jest w Polsce wyspecjalizowanego personelu średniego, zajmującego się osobami z nietrzymaniem moczu i zaburzeniami czynności dolnych dróg moczowych. Te tzw. uroterapeutki pomagają pacjentkom w rehabilitacji mięśni dna miednicy, uczą kontroli nad pęcherzem (dzienniczki mikcyjne), pomagają w nauce samocewnikowania”.

W poradniach uroginetologicznych, czy pracowniach urodynamicznych odpowiednio wykwalifikowana położna mogłaby znaleźć swoje miejsce w interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym. Do jej zadań mogłoby należeć udzielenie świadczeń w zakresie diagnostyki wstępnej i działania terapeutyczno-zachowawcze. Polegałyby one na przeprowadzeniu dokładnego wywiadu wstępnego, badaniu fizykalnym pozwalającym na wstępne rozpoznanie i ocenę rodzaju NTM czy zaburzeń statyki narządu rodowego, nauce i pomocy w stosowaniu pesariów, nauce ćwiczeń mięśni dna miednicy czy wykonywaniu badania urodynamicznego po odbyciu odpowiedniego przeszkolenia.

Czynności te pozwoliłyby skrócić czas oczekiwania pacjentki na wizytę lekarską, ułatwiłyby lekarzowi prowadzenie dalszych czynności mających na celu określenie, jaki rodzaj działań należy podjąć w dalszej terapii u pacjentki.

Ponieważ trendy w leczeniu NTM, mając do dyspozycji coraz więcej instrumentów terapeutycznych, zmierzają w stronę zwiększania postępowania zachowawczego, sądzę iż posiadająca odpowiednie kwalifikacje i przygotowana merytorycznie położna może wnieść bardzo istotny wkład w podejmowaniu działań z zakresu profilaktyki, elementów leczenia zachowawczego oraz fizjoterapii przed i po leczeniu operacyjnym pacjentek z problemami uroginetologicznymi. •

Literatura u Autorki

Pożegnanie lata

Wkońcowe dni lata wybraliśmy się na dwudniową wycieczkę na Górny Śląsk. 18 września o godzinie 7.07 wyruszamy z Łodzi w kierunku Katowic do Będzina, jednego z najstarszych miast Zagłębia Dąbrowskiego. W XIII wieku wzniesiono tu zamek obronny. Król Kazimierz Wielki nadał miastu prawa miejskie i umocnił zamek (1358 rok). Zbudowany z kamienia łamanego oraz cegły użytej w czasie odbudowy w 1834 roku odrestaurowany w 1956 roku stoi na Górze Zamkowej nad Czarną Przemszą w centrum miasta. W muzeum przedstawiono dzieje i pokazano liczne dokumenty: herby i pieczęcie, wykopaliska, liczne militaria: tarcznica, armatka, pistolety na proch, zbroje rycerskie, szable itp. Obok zamku zwiedzamy wnętrze Kościoła św. Trójcy, który liczy 700 lat.

Udajemy się do Pałacu Mieroszewskich w dzielnicy Gzichów, zbudowany w XVIII wieku na wzorach francuskich, barokowo-klasycystyczny. Mieści się tu Muzeum Zagłębia z działami archeologicznym i historycznym. Oglądamy salę „Pamięć”, judaika będzińskie, regionalną izbę zagłębian, na piętrze salę wodzów, salę myśliwską i wystawę malarstwa.

Jedziemy do Pszczyny

W dawnym zamku książęcym w Pszczynie mieści się Muzeum Zamkowe. Początki budowli sięgają XV wieku. Wraz z burzliwą historią tego terenu pałac zmieniał właścicieli i przekształcał się z gotyckiej budowli obronnej w reprezentacyjną renesansową a po 1737 roku w trójskrzydowy

pałac barokowy, by w 1870 – 1876 roku – wzór architektury francuskiej XVII wieku. Zamek pozostał w rękach Hochbergów do 1944 roku i nie został zdewastowany w czasie działań wojennych i już 9 maja 1946 roku otwarty dla publiczności.

Oglądamy 36 sal pałacowych, które robią ogromne wrażenie, trofea myśliwskie zadziwiają mnogością i różnorodnością, stylowe wnętrza z XVI i XIX wieku, renesansowe meble włoskie, niemieckie i angielskie. Na drugim piętrze pokoje w stylach z XIX wieku w empire, biedermeier, neorokoko, neoklasycyzm.

Zwiedzamy apartament cesarski, salon dębowy, gabinet pracy cesarza (kominek z atlasami – kobiety), garderobę cesarza, sypialnię z łazienką, salon ks. Daisy, sypialnię księcia, gabinet księcia (portrety przodków), przedpokój myśliwski, w którym pełno poroży, kiel słońca, nosorożca, bibliotekę z dużym księgozbiorem, boazerie z drzewa sandałowego, pułchary, portret Cesarza I.

W salonie wielki piękny posąg niewidomej z alabastru, portrety dam w zielonym salonie, plafon z aniołkami, żółta sypialnia dla gości, łazienka różowa, pokój księżnej Karoliny.

Drugie piętro dla dzieci i mniej ważnych gości. Bogata galeria myśliwska pełna trofeów z polowań księcia: skóra niedźwiedzia, dzika, żubra i wiele poroży. Jeszcze raz oglądamy z góry piękną salę lustrzaną. Odbývają się w niej koncerty od 1979 roku, Wieczory u Telemanna z fortepianem, na którym podobno grał sam Bethowen. Odbýła się próba przed koncertem.

Zwiedzenie tego wspaniałego obiektu dostarczyło nam wyjątkowych wrażeń i niezapomnianych przeżyć. Po wyjściu z pałacu ukoronowaniem jest sesja zdjęciowa z księżną Daisy na jej ławeczce – pomniku.

Jedziemy do Tych zobaczyć na żywo jak warzą piwo w Tyskich browarach książęcych A.D. 1629. Rocznie rozlewa się tu 8 milionów hektolitrow piwa. W zabytkowej warzelni oglądamy miedziane kopuły, podziwiamy nowoczesne linie rozlewowe pędzące z prędkością 60 tysięcy butelek na godzinę, w sali kinowej oglądamy film w technologii trójwymiarowej z czasów historii browarnictwa. Podziwiamy kolekcję butelek i kufla, dębowe beczki i wiele ciekawych rzeczy, kupujemy pamiątki a na zakończenie zaproszenie na kufelek chłodnego tyskiego piwa. Na nocleg jedziemy do Katowic, przyjemnego i czystego hotelu „Jantor”. Po smacznej obiadokolacji dla chętnych wieczorny spacer po Nikiszowcu – typowej dzielnicy górniczej z XIX wieku.

Pierwszy dzień wycieczki był bardzo obfity w obiekty i dostarczył moc wrażeń.

Drugi dzień zwiedzania Górnego Śląska

Po smacznym śniadaniu w hotelu „Jantor” wyruszamy przez Katowice do Zabrze. Z okien autokaru oglądamy osiedla górnicze, katowicki „Spodek” i Pomnik Powstańców Śląskich, podobają się nam rozwiązania komunikacyjne.

Skansen Górniczy „Królowa Luzia” w Zabrze to jedna z najstarszych ko-

palń węgla kamiennego. Zwiedzamy jedyną czynną w Europie maszynę parową wyciągową z 1915 roku, by następnie udać się pod ziemię do kopalni. Zakładamy ubiór ochronny i zjeżdżamy 32 metry w dół. Podzieleni na dwie grupy, prowadzeni przez przewodników wąskimi korytarzami, wysłuchujemy wielu ciekawych wiadomości o pracy górników, oglądamy ciekawe urządzenia: kombajn, strug czy kruszonkę, następnie odbywamy podziemną podróż kolejką.

Wpisujemy się do książki pamiątkowej i otrzymujemy „Certyfikat uczestnictwa w spotkaniu z duchem kopalni Skarbnikiem” od pana Pawła Kaczmarka – naszego przewodnika, który ze swadą i dowcipem prowadził nas w tej podróży. Udajemy się do Muzeum Górnictwa Węglowego. Zgromadzono w nim bogate zbiory z historii górnictwa, sztandary i figury patronów, stroje, instrumenty, kopaliny, narzędzia i urządzenia, lampy, archiwalia rysunków, fotografii i albumów, piękną porcelanę.

Po 14.00 jedziemy do Gliwic zwiedzić Radiostację. Wieża antenowa jest najwyższą drewnianą konstrukcją na świecie (111 metrów) otoczona nowym ogrodem z ławkami. Zbudowano ją z impregnowanego drewna modrzewiowego połączonego 16 tysiącami śrub mosiężnych. Jest zabytkiem stale pracującym a jej bogatą historię przedstawił nam bardzo ciekawie przewodnik. Nadajnik wyposażono w 1935 roku w niemieckich wówczas Gliwicach. Przesła do historii 31 sierpnia 1939 roku jako miejsce prowokacji gliwickiej. Dzięki iluminacyjnemu oświetleniu wieża jest dobrze widoczna również w nocy.

Pełni wrażeń udajemy się w drogę do domu, odwiedzamy jeszcze kompleks „Stary Młyn” w Koziegłowach, gdzie posilamy się daniem kuchni staropolskiej.

Zwiedziliśmy dużo pięknych i ciekawych zabytków prezentowanych przez profesjonalnych przewodników, którzy bogate wiadomości ukazywali nam w sposób ciekawy i dowcipny. •

PODZIĘKOWANIA

Serdecznie dziękuję oddziałowej pani Urszuli Denuszek, położnej pani Magdalenie Miniak oraz całemu zespołowi Oddziału Ginekologicznego Szpitala w Pabianicach za wspianą i troskliwą opiekę

pacjentka
Motyl Justyna

Składam serdeczne podziękowania dla całego zespołu pielęgniarek a szczególnie dla pielęgniarki oddziałowej – mgr Anety Mamrot – z Kliniki Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi, za opiekę, życzliwość i uśmiech w trudnych dla mnie dniach po zabiegu operacyjnym przegrody nosowej w dniu 16 czerwca 2010 roku.

wdzięczna pacjentka
Aleksandra Grzelewska
– pielęgniarka



Wsparcie społeczne w procesie jako profilaktyka żałoby patologicznej

Trzeba pamiętać o dawaniu wsparcia każdej osobie, która przeżywa ból, samotność, smutek po stracie kogoś wyjątkowego, bliskiego, kochanego, bo właśnie tego potrzebuje osoba pogrążona w żałobie. Nasza pomoc odgrywa zasadniczą rolę w zapobieganiu żałobie patologicznej.

W przebiegu żałoby wyróżnia się kilka etapów.

1. Uczuciowa anestezja (otępienie) – bezpośrednio po otrzymaniu informacji o śmierci osoba osierocona popada w odrętwienie, nie jest w stanie nic odczuwać. Pozornie zachowuje się jakby akceptowała stratę i może w ogóle nie reagować. Sprawia wrażenie oziępszałej, obojętnej, ma poczucie pustki w głowie. Ta faza rzadko bywa nasiloną u rodzin pacjentów nieuleczalnie chorych, a jeśli ona występuje przebiega dużo łagodniej, bo rodziny przygotowane są na odejście.

2. Szloch, protest – występuje kilka minut lub nawet kilka godzin po stracie bliskiej osoby. Kiedy bliscy uświadamiają sobie rzeczywistość, realność straty dochodzi do wyrażania żalu, płaczu, skarg, głośnego protestu wobec śmierci, zaprzeczenia jej istnienia. Zaprzeczenie jest mechanizmem obronnym uruchamianym podczas

przeżywania dużego stresu. Płacz u rodzin pacjentów w terminalnej fazie choroby występuje prawie zawsze, ale dzięki wcześniejszym przygotowaniom do odejścia chorego, większość rodzin przyjmuje wiadomość o śmierci z „cichym płaczem”, raczej spokojnie.

3. Dezorganizacja występuje od kilku godzin do kilku dni po stracie bliskiej osoby. Osoba osierocona ma trudności z codzienną aktywnością, często nie jest zdolna do pracy zawodowej lub funkcjonowania w rodzinie. W dalszym ciągu jest skoncentrowana na bliskim, który odszedł i izoluje się od żyjących.

Czasem ta silna koncentracja na osobie, która zmarła, wywołuje u osoby osieroconej poczucie obecności zmarłego. Może z nim podejmować rozmowę, odwiedza często grób, poszukuje pamiątek po zmarłym, ogląda fotografie. Częstym uczuciem jest gniew, poczucie winy, izolowanie się,

brak chęci do życia. Ma poczucie nie-realności śmierci bliskiej osoby.

Uroczystość pogrzebowa i zajęcia związane z jej przygotowaniem są pewną odskocznią dla osoby osieroconej, odwracają uwagę od bolesnej straty, działają uspokajająco, przynoszą ulgę, poprawiają samopoczucie. Po pogrzebie jednak ból ponownie się nasila, a tęsknota staje się jeszcze większa.

4. Reorganizacja – tym okresie osoba osierocona podejmuje próbę powrotu do normalnego życia, odzyskiwania sił fizycznych i psychicznych, nawiązaniu kontaktów z ludźmi, od których przez pewien czas izolowała się. Osoby osierocone podejmują próby odnalezienia się w nowej sytuacji, czasami okres ten jest przerywany fazami obniżonego nastroju i depresji. Okres ten trwa od kilku miesięcy do jednego roku po stracie bliskiej osoby.

W udzielaniu pomocy osobie pogrążonej w żałobie nie można zapominać, że osobom osieroconym towarzyszą różne emocje, zachowania i odczucia.

Najważniejszym problemem osób osieroconych, zwłaszcza tych, które straciły współmałżonka jest samotność. Oprócz utraty bliskiej osoby, zmieniają się też relacje w rodzinie, dochodzi do zmiany ról społecznych. Bardzo często osoba osierocona ma poczucie, że dalsze jej życie nie ma sensu, że tęsknota jest tak duża, że nie pozwala jej żyć. Do tego dołącza się smutek, nasilający się podczas wspo-

osierocenia gicznej

cz. 2

mnień osoby zmarłej, smutek wywołany patrzeniem na miejsca, w których obecna była osoba zmarła, czy na jej rzeczy. Osobie osieroconej towarzyszy lęk, który często związany jest z myśleniem o przyszłości: „Co ze mną będzie?”, „Jak będę żyć?”. Bardzo często u osieroczonych występuje poczucie winy. Dotyczy głównie wątpliwości, czy zostało zrobione wszystko, żeby zapobiec śmierci bliskiej osoby, czy na pewno opieka nad chorym z ich strony była wystarczająca. Niekiedy osieroceni mają wyrzuty sumienia, kiedy czują ulgę po śmierci chorego. Ale po ciężkiej i długiej chorobie bliskiej osoby uczucie ulgi jest naturalne.

Gniew i złość, która pojawia się, może być skierowana na lekarzy, pielęgniarki, na Boga, a czasem nawet na zmarłego, że odszedł. Często występuje uczucie irytacji, rozdrażnienia, wręcz niechęci i złości w stosunku do innych osób. Bo przecież często osoba, której źle, chce być sama, chce cierpieć w samotności. Tym wszystkim objawom towarzyszą też dolegliwości somatyczne – brak apetytu, bezsenność, osłabienie, spadek masy ciała i inne.

Nie można zapominać, że człowiek w żałobie potrzebuje pomocy, bowiem osoba osierocona odczuwa ból egzystencjalny, emocjonalny i duchowy, który może przerodzić się także w ból fizyczny.

Bardzo często osoba zmagająca się ze stratą, nie rozumie sama siebie, nie

może pojąć, dlaczego mogą targać nią takie emocje – emocje, których nie przeżywała u siebie nigdy wcześniej. Jest tym faktem zaniepokojona, co dodatkowo zwiększa dyskomfort psychiczny, a przecież nikt nie potrafi określić swych zachowań podczas przeżywania żałoby po stracie kogoś, kto był najbliższą osobą.

Właściwy przebieg żałoby jest możliwy wtedy, kiedy osoba osierocona ma zapewnione wsparcie społeczne – wsparcie ze strony rodziny, krewnych lub w społeczności. Ma wtedy nieograniczone możliwości odreagowania trudnych emocji związanych z żałobą w bezpiecznych warunkach.

Czasami osoba pogrążona w żałobie dostaje od rodziny za mało wsparcia, często żadnego, bo na przykład nie ma rodziny lub rodzina nie jest zainteresowana udzieleniem pomocy. Dlatego też my – ludzie – musimy tak osobę objąć opieką i wsparciem w każdym tego słowa znaczeniu. Warto pamiętać, że nasza pomoc nie musi polegać na głębokiej terapii, ale słuchanie i akceptacja, to główne potrzeby osób, przeżywających żałobę. Potrzebują one ciepła i zainteresowania, rozmowy, odwiedzin, pytania, czy im czegoś nie trzeba...

Żałoba wśród rodzin osób w terminalnym okresie choroby nowotworowej bardzo często rozpoczyna się już w momencie rozpoznania nieuleczalnej choroby.

Proces chorobowy czasami trwa długo – początkowo osoba chora jest w dobrej kondycji, w miarę zaawansowania procesu nowotworowego dochodzi do stopniowego zmniejszenia wydolności organizmu, co objawia się pogarszającym się stanem psychofizycznym pacjenta. Rodzina dostrzega te dramatyczne zmiany w samopoczuciu czy wyglądzie ukochanej osoby, patrzy na jej cierpienie, patrzy jak na jej oczach powoli niknie i słabnie życie. Każde kolejne pogorszenie stanu zdrowia jest odbierane jako kolejna strata, dlatego też przeżywanie żałoby rozpoczyna się jeszcze przed śmiercią pacjenta.

Dla osób dotkniętych taką tragedią jest to trudne i bolesne doświadczenie, mogą odczuwać niechęć i opór, bronić się przed uświadomieniem sobie, że chwila śmierci nieuchronnie się zbliża, bo przecież nie chcą stracić kogoś bliskiego. Boją się doznawania bólu i bezradności. Jakże to dramatyczne doświadczenie zarówno dla osoby, która wie że jej życie zbliża się ku końcowi, jak i dla rodziny, która wie, że traci bliską osobę.

Bo przecież niełatwo jest rozstawać się, żegnać...

Żałoby nie można przeżyć w ciągu kilku dni. Zwykle trwa to około roku.

Wsparcie rodzin osób nieuleczalnie chorych, pomoc w przeżywaniu żałoby należy rozpocząć od przygotowania rodziny do okresu umierania poprzez uprzedzenie o nadchodzącej śmierci bliskiej osoby. Po śmierci chorego należy pomóc osieroczonym, aby uświadomili sobie realność straty i aby umieli wyrazić na zewnątrz swój żal i ból.

Istotą pomocy osobom osieroczonym jest uznanie zasady, że osoba pozostawiona, zawsze powinna przeżyć smutek i żal rozstania i że jest to naturalne zjawisko. Profesjonalna pomoc polega także na:

1. Umożliwieniu wyrażenia osamotnienia poprzez płacz, narzekanie, gdyż są one formą odreagowania zaistniałego stresu. Niekiedy należy zachęcić do wyrażania uczuć i spróbować pomóc, aby osierocony zrozumiał siebie w nowej sytuacji.

2. Umiejętności słuchania drugiej osoby. Osieroceni potrzebują porozmawiać o swoich uczuciach związanych ze śmiercią. Pozwala to wyrzucić z siebie bolesne przeżycia. Należy także pozwolić na okazanie negatywnych odczuć, zapewniając osobę osieroconą, że to, co przeżywa jest procesem naturalnym i może tak przebiegać.

3. Zachęcaniu do wspomnień, rozmowy o zmarłym. Jest to pomocne w przeżywaniu żałoby.

4. Okazywaniu troski, zainteresowania i nie osądzaniu.

U osób osieroconych i pozostających w żałobie istnieje ogromne zapotrzebowanie na tego typu pomoc. Profesjonalną działalnością w tym zakresie powinny zajmować się poradnie opieki paliatywnej, które oprócz pomocy świadczonej osobom chorym, powinny także obejmować fachową opieką ich rodziny, rozpoznając, jakiej pomocy oczekują osieroceni i realizując te oczekiwania.

Zasadniczą formą przeciwdziałania żałobie patologicznej jest wczesne podjęcie działań profilaktycznych, polegających na nawiązaniu kontaktu z osobą osieroconą tak szybko, jak to możliwe, oraz stworzenie warunków i atmosfery do rozmowy i wyrażania uczuć związanych ze zmarłym. Na tym etapie interwencji emocjonalne wsparcie odgrywa zasadniczą rolę. Pomoc indywidualna obejmuje zaspokajanie potrzeb emocjonalnych i psychologicznych. Osoby po śmierci kogoś bliskiego odczuwają nierzadko niechęć do kontynuowania kontaktu z profesjonalistą, który jest przecież, po to by pomóc.

Coraz większego znaczenia w przeżywaniu żałoby a tym samym w zapobieganiu żałobie patologicznej odgrywają grupy wsparcia, będące swego rodzaju podporą dla osób i rodzin, którzy stracili bliską osobę. Niejednokrotnie taka pomoc jest bardziej skuteczna niż pomoc profesjonalna, gdyż otrzymywana jest ona od osób, które same przeżywały stratę bliskiej osoby, a nic tak nie zbliża jak dzielenie się własnymi doświadczeniami, przeżyciami, uczuciami, bólem po stracie. Taka właśnie wzajemna empatia, współodczuwanie, postawienie się w sytuacji osoby przeżywającej obecnie żałobę dostarcza wsparcia, bo nie jest obca innej osobie, która miała podobne przeżycia. Coraz częściej można spotkać grupy ludzi, którzy przeżyli śmierć kogoś bliskiego i spotykają się regularnie, by wzajemnie wspierać się w podejmowaniu codziennej aktywności i powrocie do rzeczywistości – nowej rzeczywistości. Grupa wsparcia, daje możliwość ot-

wartego wyrażania uczuć związanych z utraconą osobą, a także dzielenie się nimi, co pozwala na przejście od szoku – przez zaprzeczenie, rozpacz, poczucie krzywdy i agresję – do fazy reorganizacji własnego życia i życia rodziny.

Działalność grupy wsparcia polega na ustalonym cyklu spotkań dla osób dotkniętych tym samym, lub podobnym nieszczęściem i jest prowadzona lub wspierana przez wykwalifikowanego terapeuty. Zazwyczaj prowadzący jest psychologiem, pedagogiem, lub duchownym. Są oni przygotowani podczas specjalistycznych szkoleń. W grupie spotyka się około 10 – 15 osób. Udział jest dobrowolny. Żałobnicy wzajemnie wymieniają się doświadczeniami, mają możliwość opowiedzenia o swoich przeżyciach innym. To ma dla nich efekt terapeutyczny.

Wsparcie może być też udzielane przez profesjonalistów – służbę zdrowia, psychologa, psychiatrę, pedagoga, duchownego, czy wolontariuszy. Ważne, by dawała je osoba życzliwa, która ma poczucie empatii, gotowości do pracy, zainteresowania, solidarności ludzkiej i może pomóc osobie w żałobie zrozumieć zjawisko śmierci i straty, umożliwić jej ekspresję własnych doznań, oraz pomóc w reorganizacji życia.

Jak wspomniałam wcześniej stan przygnębienia, związany ze zmianą życiowego funkcjonowania i dolegliwościami somatycznymi, nie powinien trwać dłużej niż rok od śmierci osoby bliskiej. Jeżeli osoba przeżywa stratę w sposób bardzo nasilony a wręcz destrukcyjny i objawy żalu trwają bardzo długo, często ponad rok i dłużej, oraz zakłócają zdrowie psychiczne i fizyczne osoby osieroconej, mówimy o żałobie patologicznej. Wówczas konieczna jest terapia. Do objawów, które mogą sugerować powikłany przebieg żałoby można zaliczyć:

- bezcelową aktywność,
- pogłębiającą się izolację,
- identyfikację ze zmarłą osobą,

- nieustanny smutek,
- wrogość wobec innych,
- zachowania autoagresywne, często kończące się próbą samobójczą.

W tym okresie mogą występować także inne objawy, skłaniające cierpiącego człowieka do szukania pomocy, często pomocy lekarza psychiatry. Gdy taka aktywność nie następuje trzeba szukać okazji do zmotywowania osoby do podjęcia pomocy psychologicznej i psychiatrycznej.

Konieczne jest zgłoszenie się po poradę do specjalistów, pamiętając, że taką pomoc można uzyskać bezpłatnie. Taką terapię organizują m.in. hospicja.

Celem działań terapeutycznych podejmowanych wobec osoby osieroconej, jest dążenie do odblokowania reakcji żałoby. Pomoc osobom w żałobie ma najczęściej charakter wspierający. Kiedy emocje są wypierane, brakuje wsparcia społecznego i żałoba ma charakter powikłany wskazana jest psychoterapia z elementami podtrzymującymi, ale i konfrontującymi, ponieważ osobie trudno się samej zmierzyć z bólem straty. Gdy objawy i zachowanie wskazują na depresję, zaburzenia lękowe, pomoc polega na łączeniu psychoterapii z farmakoterapią, albo na zastosowaniu jednego z tych sposobów.

Podczas terapii należy wziąć pod uwagę rodzaj depresji i wyniki szczegółowego badania psychologicznego i psychiatrycznego. Terapia powinna uwzględniać rodzaj żalu patologicznego. Należy rozpoznać typ zachowań patologicznych: przedłużające się stany smutku, depresji, wyparcia faktów i przeżyć związanych ze stratą, nieustannego wspomnienia, czy tendencje samobójcze. W leczeniu żałoby powikłanej, terapeuta powinien najpierw pomóc odciąć się osobie osieroconej z nieracjonalnych związków ze zmarłym, a następnie w ustalić nowe wzorce zachowania. Można to osiągnąć przez zachęcanie do wyrażania bólu i żalu, poczucia utraty, oraz mówieniu o smutku.

Doświadczając żałoby po stracie bliskiej osoby stykamy się ze śmiercią.

Proces żałoby jest trudny i bolesny, ale uświadamia nam kruchość i przemijalność naszego życia. Pomaga także skupić się na tym, co jest najważniejsze, wskazuje, jak należy korzystać z danego nam czasu.

Proces żałoby ulega zakończeniu, nie wtedy, kiedy zapomina się o bolesnej stracie, czy neguje żal z powodu utraty kochanej osoby, lecz kiedy pomimo pamięci o jego bolesnej śmierci, osierocony potrafi odnaleźć się w nowej rzeczywistości, znaleźć dla siebie sens życia i cele warte zaangażowania, a przede wszystkim funkcjonować we wszystkich sferach codziennej aktywności.

Osierocenie, poczucie straty, żałoba i jej przeżywanie...

O problemach ludzi, tych którzy zostają, należy mówić głośno. Trzeba pamiętać o dawaniu wsparcia każdej osobie, która przeżywa ból, samotność, smutek po stracie kogoś wyjątkowego, bliskiego, kochanego, bo właśnie tego potrzebuje osoba pogrążona w żałobie. Nasza pomoc odgrywa bowiem zasadniczą rolę w zapobieganiu żałobie patologicznej.

Warto też wiedzieć, jak możemy pomóc komuś w przeżywaniu żałoby, przechodzeniu przez kolejne fazy rozpacz po śmierci bliskiej osoby.

Bo przecież:

Żyć to znaczy pomagać innym. Trzeba się troszczyć o cudze szczęście, by samemu być szczęśliwym.

Raoul Follereau

Tylko życie poświęcone innym warte jest przeżycia

Albert Einstein

Literatura u Autorki

Katarzyna Angielczyk
pielęgniarstwo II rok
praca napisana pod kierunkiem
mgr *Agnieszki Renn-Żurek*



Etyka w praktyce pielęgniarskiej
Sara T. Fry, Megan-Jane Johnstone
Wydawnictwo MakMed
Lublin 2009, wyd. II polskie
ISBN 978-83-927780-8-0

Pielęgniarki w swojej praktyce podejmują niezliczone decyzje dotyczące opieki nad pacjentem. Każda taka decyzja przekłada się na konkretne działanie, którego celem jest niesienie pomocy pacjentowi. Istnieje olbrzymi obszar zwyczajnych codziennych działań pielęgniarskich, promujących dobro moralne pacjentów – sprawiedliwe ich traktowanie, zapewnienie szacunku, przekazywanie im istotnych informacji dotyczących opieki i leczenia, respektowanie kulturowych wartości i poglądów, stosowanie środków skutecznie łagodzących dolegliwości, zapewnienie odpowiedniego wsparcia w sytuacji, gdy cały system ochrony zdrowia wydaje się ich zawodzić, okazywanie im oddania, poświęcenia, troski, uwagi, zainteresowania w sposób niezwłoczny i odpowiedni do sytuacji.

Pielęgniarki nigdy nie powinny lekceważyć swoich indywidualnych zdolności w osiąganiu moralnie dobrych skutków działania w warunkach, w których żyją i pracują. Od pielęgniarek nie zawsze oczekuje się wielkich bohaterskich czynów, a tylko zwyczajnych gestów życzliwości, współczucia, uczciwości czy poświęcenia uwagi osobom znajdującym się pod ich opieką lub współpracownikom.

Niniejsza publikacja stanowi swoisty przewodnik w labiryncie moralnych dylematów, które towarzyszą pielęgniarkom na co dzień – przykłady oparte na autentycznych doświadczeniach pielęgniarek pozwalają zrozumieć moralny wymiar opieki nad pacjentem i wprowadzić do praktyki takie działania, które będą służyć dobru pacjenta w każdym tego słowa znaczeniu. •

mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska
główny specjalista ds. merytorycznych

Medyczno-filozoficzno-etyczna ewolucja definicji śmierci

Postęp medycyny i innych dziedzin życia rozwinął umiejętność przedłużania życia, ale nie zdefiniował na gruncie filozoficznym fenomenu śmierci, dlatego konieczne są regulacje

Śmierć jest jednym z podstawowych pojęć antropologii człowieka, nierozdzielnie związana z jego ludzkim bytem, stanowiącym jego kres, przypisana od chwili narodzin każdemu z nas. W swojej codziennej pracy zawodowej niemal codziennie uczestniczę w procesie umierania pacjentów, przeżywaniu dramatu ich bliskich. Także w życiu osobistym dane mnie było doświadczyć śmierci kochanych przeze mnie osób, i dlatego ciągle próbuję zrozumieć zjawisko umierania i śmierci w tym także jej właściwego definiowania.

Postęp medycyny i innych dziedzin życia rozwinął umiejętność przedłużania życia, ale nadal w sposób jednoznaczny, nie zdefiniował na gruncie filozoficznym fenomenu śmierci. Koncepcja śmierci wypływa bezpośrednio ze sposobu pojmowania istoty człowieka, warunków jego kształtowania i indywidualności. Nauka podaje wiele definicji śmierci jednak żadna z nich nie jest wystarczająca. Przez wiele setek lat medycyna przyjmowała tzw. klasyczne kryterium śmierci – śmiercią nazywano ustanie krążenia i oddychania. Takie podejście do definicji śmierci oznacza traktowanie człowieka jako elementarnie

i funkcjonalnie połączonego układu stanowiącego pewną całość.

Na gruncie takiej definicji należałoby rozstrzygnąć kwestię, czy śmierć jest zjawiskiem elementarnym czy pewnym procesem, ciągiem następujących po sobie zdarzeń?

Śmierć elementarna może być postrzegana jedynie w kontekście biologicznym, natomiast pojmowanie śmierci jako procesu polegającego na niejednoczesnym zanikaniu funkcji niektórych narządów, stanowiących elementy układów daje podstawy tzw. neurocentrycznych koncepcji człowieka. Takie pojmowanie śmierci wnosi nowy akcent w ontologię człowieka. Kwestie te w sposób oczywisty zwracają uwagę na fakt, iż byt ludzki składa się z umysłu jako funkcji mózgu oraz ciała ludzkiego.

Pierwszym międzynarodowym krokiem w kierunku tzw. nowej definicji śmierci była tzw. Deklaracja z Sydney, czyli „Komunikat na temat śmierci”, stworzony podczas światowego spotkania Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) w 1968 roku.

„Śmierć w skutek ustania czynności serca”, zastąpiono „śmiercią mózgową”.

Przełomem naukowym w ewolucji tego podejścia do definiowania

zagadnień śmierci był tzw. Raport Nadzwyczajnej Komisji Harwardzkiej Szkoły Medycznej do Zbadania Definicji Śmierci. W dokumencie tym podano nowe kryteria śmierci rozumianej jako nieodwracalne trwałe ustanie czynności całego mózgu, potwierdzonego przez brak reakcji na bodźce, brak samoistnego lub będącego reakcją na bodźce ruchu mięśni, brak samoistnej czynności oddechowej oraz brak odruchów ścięgnistych.

W 1980 roku powołano w USA Prezydencką Komisję ds. Studiów Problemów Etycznych w Medycynie oraz Badań Biomedycznych i Behawioralnych, która w swoim Akcie Jednolitego Ustalania Śmierci – UDDA, zaleciła stosowanie kryterium śmierci mózgu wszystkim stanom Ameryki. Kluczowym skutkiem tego podejścia do definicji śmierci była jej modyfikacja, utożsamiająca bezpośrednio życie mózgu z życiem całego mózgu, a pośrednio życie pnia mózgu z życiem organizmu jako całości.

Definicja śmierci pnia mózgu oznaczająca śmierć organizmu jako całości została przyjęta przez zdecydowaną większość krajów np. Finlandia w 1972 roku. W Polsce wprowadzono ją w 1984 roku, modyfikowano w la-

ne aspekty nicji śmierci

nadal w sposób jednoznaczny,
prawne zjawiska śmierci.

tach 1994-1996. Ten bardzo krótki przegląd różnego definiowania fenomenu śmierci ukazuje wyraziście trzy etapy ewolucyjne tej definicji.

Definicja klasyczna

Nieodwracalne ustanie krążenia krwi oznacza śmierć człowieka jako całości, niekoniecznie oznacza natychmiastową śmierć wszystkich komórek

Definicja nowa

Nieodwracalne ustanie funkcji mózgu oznacza śmierć człowieka jako całości, choć niekoniecznie oznacza to natychmiastową śmierć innych układów.

Definicja nowa zmodyfikowana

Nieodwracalne ustanie funkcji pnia mózgu oznacza śmierć pnia mózgu jako całości, chociaż niekoniecznie oznacza natychmiastową śmierć wszystkich komórek mózgu (5).

Istotę dynamiki ewolucyjnej wokół definicji śmierci stanowi zmiana podejścia od zawężonego definiowania śmierci całego człowieka do śmierci człowieka jako całości.

Pozornie ta sama kwestia, ale jednak daleko różna – cały człowiek; człowiek jako całość. Określenie cały człowiek rozumiane jest w sposób niezmiernie wąski, pojmowane na gruncie biologiczno-anatomicznego organizmu stanowiącego zbiór elementów.

W określeniu człowieka jako całości spostrzegamy jednostkę jako integralny zbiór elementów, stanowiących całość, posiadającą centrum „zarządzania” w postaci świadomości.

Współczesna medycyna oraz nauki humanistyczne traktują jednostkę ludzką holistycznie. W tym rozumieniu śmierć oznacza nie obumieranie wszystkich komórek organizmu ludzkiego, ale przerwanie życiowo istotnej więzi, pomiędzy składnikami analizowanego obiektu w aspekcie życia, natomiast nie oznacza, że wszystkie te składniki muszą być jednocześnie martwe.

Zaprezentowane definicje śmierci, ukazują drogę ewolucji od redukcjonizmu antropologicznego po utylitarną etykę, która próbuje tworzyć arbitralne kryteria człowieczeństwa.

Tajemnica definicji śmierci jest przedmiotem zainteresowania wielu nauk w tym filozofii. Zarówno biologia jak i medycyna nie są w stanie zdefiniować jednoznacznie tajemnicy śmierci człowieka, ewoluującej ciągle od koncepcji opartych na elementach anatomicznych (strukturalistycznych) do elementów czynnościowych (funkcjonalnych). Pomędzy tymi koncepcjami jawi się także pewien element człowieczeństwa, a mianowicie świadomość. Żywy człowiek świadomie buduje własną egzystencję, swój byt, wchodzi w relacje z otoczeniem i jest poddawany jego wpływom. Elementy te powodują wzajemną transcendencję w relacje Ja (moja podmiotowość) – Ty (twoja podmiotowość). Zatem śmierć człowieka ma także swój wymiar egzystencjalny.

U podstaw współczesnej typologii definiowanie zjawiska „śmierci człowieka jako całości” wyróżnić można zasadnicze sześć typów.

Typ biomedyczny jako punkt wyjścia ujmujący tzw. klasyczną definicję śmierci.

Typ psychologiczno-interakcyjny, tu punktem wyjścia są funkcje psychologiczne i ich interakcyjność wzajemna i zatem można by ten typ odnieść do tzw. nowej zmodyfikowanej definicji śmierci.

Typ religijno-eschatologiczny, w którym punktem uchwytu jest definiowanie śmierci w kategoriach wiary, wyraźnie rozdzielając jednostkę ludzką na ciało i duszę w zależności od rodzaju kultu religijnego. Dusza ma wymiar nieśmiertelny, ponadczasowy, umiera tylko ciało. Można by wysunąć tu tezę, że definicja śmierci człowieka jako całości w tym rozumieniu nie istnieje, bo jak uznać śmierć człowieka jako całości, jeśli w wymiarze duchowym człowiek w całości nigdy nie umiera (człowiek = ciało + dusza). Myślę, że śmierć pojmowana w tym wymiarze, niezależnie od wyznawanego kultu religijnego pozwala człowiekowi na sensowne, pozytywne przewartościowanie definicji śmierci, dodaje otuchy, udziela wsparcia, nadaje sens dalszego funkcjonowania po utracie kogoś bliskiego.

Typ społeczno-kulturowy, w tym wymiarze próbuje się przenieść definicję śmierci na płaszczyznę społeczno-kulturowej refleksji. Podkreśla się, iż zjawisko fenomenu śmierci to ważny fakt w społecznym charakterze człowieka.

Typ filozoficzny to podejście odzwierciedlające najbardziej ogólny sposób definiowania zjawiska śmierci człowieka jako całości. Przejawia się w zadumie nad nieuchronnością śmierci w wymiarze biologicznego starzenia się, czy choroby odnoszącej się jednak poprzez pryzmat własnej konceptualizacji umysłu do śmierci jako filozoficznej tezy istnienia natury, świata i człowieka. Korzeni tego wymiaru doszukać się można u epikurejczyków: „kiedy żyjemy nie ma śmierci, gdy jest śmierć nie będzie nas”.

Typ organizacyjno-instytucjonalny, ta typologia polega na definiowaniu

śmierci na gruncie miejsca pobytu człowieka i związanych z tym jego spraw organizacyjnych np. śmierć w domu, w szpitalu, w hospicjum itp.

W moim i cytowanych przeze mnie autorów przekonaniu ukazywane w literaturze próby definiowania śmierci nie wyczerpują jednoznacznie poglądów współczesnej medycyny, której dynamiczny rozwój stworzył możliwości znacznego przedłużania życia człowieka. Definicjom tym nie poddają się np. noworodki aencefaliczne, czy przetrwały stan wegetatywny. Zarówno jeden jak i drugi przypadek pozwalają wysunąć racjonalne przesłanki orzeczenia śmierci człowieka jako śmierci wyższego mózgu, jednak nie jest to w pełni możliwe, ponieważ brak jest cech jednoznacznej destrukcji mózgu, a następuje zanik funkcji kory mózgowej. Jak zatem definitywnie ustalić kryterium rozdziałające życie osobowe i animalne?

Dokonując próby podsumowania swoich rozważań nad ewolucją definicji śmierci w aspekcie filozoficzno-etycznym pragnę podkreślić, ogromną niedoskonałość każdego

z prezentowanych podejść. Śmierć jest zjawiskiem procesu i tak pojmowana ma swój początek i kres przy ostatecznym zanikaniu cech życia, ale jedynie w wymiarze biologiczno-medycznym. Ten aspekt pozwala wysunąć tezę, iż definicja śmierci dotyczy jedynie niebudzących wątpliwości objawów śmierci. Przedmiotem dalszego dyskursu i przemyśleń są sytuacje graniczne „tym co umiera jest organizm jako całość. To ta śmierć indywidualnego bytu ludzkiego jest ważna dla lekarzy i społeczności nie zaś śmierć organów czy komórek, które są jedynie częściami”.

Śmierć w aspekcie filozoficznym ma wymiar „mniemania” czysto spekulacyjnego zmieniającego się na przestrzeni czasu. Dla przykładu Arystoteles twierdził, iż istotą człowieczeństwa jest rozum i socjalizacja, Kartezjusz podkreślał rolę zdolności myślenia, Lock świadomość postępu i trwania w czasie, Kant rolę racjonalności, zdolność do syntezy doświadczeń i działania zgodnego z moralną zasadą imperatywu kategorycznego, Sartre działanie intencyjne itp.

Zatem, ponieważ na gruncie filozoficzno-etycznym ustalenie jednoznacznej definicji śmierci wydaje się być niemożliwe, dlatego konieczne są regulacje prawne zjawiska śmierci. W Polsce definicję śmierci mózgu wprowadzono 1 lipca 1984 roku Komunikatem MZiOS, modyfikowaną komunikatami z roku 1994 i 1996. Aktualnie obowiązujące wytyczne znalazły się w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 lipca 2007 roku. Ta prawna regulacja definicji śmierci otworzyła drogę dla rozwoju medycyny transplantacyjnej, ale nadal nie zamknęła dyskusji nad fenomenem śmierci w wymiarze filozoficzno-etycznym na gruncie nauk humanistycznych, czym jest śmierć? To pytanie nadal pozostaje otwarte... •

Literatura u Autorki

mgr Grażyna Kozak
pielęgniarka oddziałowa Oddziału
Anestezjologii i Intensywnej Terapii
WZZOZ Centrum Leczenia Chorób
Płuc i Rehabilitacji w Łodzi

Z żałobnej karty

Z ogromnym żalem zawiadamiamy, że dnia 24 września 2010 roku odeszła od nas na zawsze nasza koleżanka

Bronisława Płonka

emerytowana pielęgniarka, członkini Klubu Emerytek przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.
Zawsze będziemy o niej pamiętać.

pograżone w smutku pielęgniarki i położne
z Klubu Emerytek przy OIPiP w Łodzi