

Biuletyn

OIPiP w Łodzi

Luty 2007

11 lutego – Światowy Dzień Chorego

Światowy Dzień Chorego ustanowiony przez papieża Jana Pawła II w dniu 13 maja 1992 roku w 11 rocznicę zamachu na Jego życie. Na obchody tego dnia Ojciec Święty wybrał 11 lutego Dzień Matki Bożej z Lourdes w 75 rocznicę objawień fatimskich. W tym roku obchodzimy 90 rocznicę objawień fatimskich i XV Światowy Dzień Chorego.

Ustanawiając ten dzień Ojciec Święty pragnął zwrócić uwagę całego Kościoła powszechnego na ludzkie cierpienie nie tylko w wymiarze cielesnym, ale także duchowym, aby ten jeden dzień w roku poświęcić chorym, objąć ich modlitwą, refleksją i dostrzec ich cierpienie. Dzień Chorego ma przypominać nam wszystkim, że człowiek chory potrzebuje tak samo właściwej terapii na najwyższym poziomie osiągnąć medycyny jak normalnego ludzkiego ciepła, zrozumienia, bycia blisko, dzielenia trosk i wyjaśnienia obaw. Do cierpienia zwykle nie udaje nam się przygotować z wyprzedzeniem, przeważnie ono nas zaskakuje. Jest wielokrotnie dla człowieka zbyt trudnym rodzajem życiowej próby, aby mógł sam jej sprostać. Chory człowiek zawsze oczekuje pomocy od innych, zwykłego zainteresowania, dotyku, pocieszenia. Ksiądz K. Ołdakowski powiada: „[...] nie można z wyprzedzeniem zaprogramować swojej nadziei [...]”. W Orędziu na VI Światowy Dzień Chorego, Ojciec Święty napisał m.in. „[...] opieka nad bliską osobą, członkiem rodziny, sprawowana z miłością i poświęceniem oraz wspomagana wiarą, modlitwą i sakramentami może stać się niezastąpioną formą terapii dla samego chorego, dla wszystkich zaś okazją do odkrycia cennych wartości humanistycznych i duchowych [...]”.

Opieka instytucjonalna, świadczenie profesjonalnej pomocy cierpiącemu pacjentowi jest na pewno konieczne i bardzo ważne, ale tam gdzie jest to możliwe nie powinno być jedynie istotnym. Cierpiący pacjent potrzebuje uspokojenia, jest przestraszony własnym stanem, trudno mu zaufać komuś kogo nie zna. Oczekuje współczucia, cierpliwości, potrzebuje wsparcia fizycznego i psychicznego. Oczekiwania pacjentów zbyt często rozmiągają się z możliwościami nadal niezbyt sprawnego systemu opieki zdrowotnej i coraz częściej nie mających czasu na pomoc bliskich. Tak jak szybko zmieniają się wiedza i techniki pracy w medycynie, tak zmienia się pakiet oczekiwań pacjenta, a w dzisiejszych realiach coraz trudniej im sprostać. Wzajemne kontakty między pacjentami a ich terapeutami nigdy nie należały do łatwych i prostych. Z obydwu stron wymagają one ogromnej uwagi, zaniechania pochopnych opinii, skutecznej komunikacji i dobrze pojętego partnerstwa. Realna ocena jest jednak inna każda ze stron ma inne dążenia, inne oczekiwania i inne trudności. Należy zwrócić uwagę na fakty wynikające z badań, że obydwie strony dostrzegają ważność tych relacji i widzą ich rozwój w kierunku współpracy i partnerstwa, a należą one do najsilniejszych i najważniejszych relacji międzyludzkich. Ojciec Święty byłby zadowolony z takiej prognozy, bo ustanawiając Światowy Dzień Chorego pragnął także zwrócić uwagę społeczeństw na bardzo trudną, odpowiedzialną i nie zawsze pełną uznania pracę ludzi na rzecz cierpiących, nie tylko kompetentnych pracowników medycznych ale i wolontariuszy często pełnych miłości i ogromnego zaangażowania. Ku Jego i naszemu zadowoleniu życzymy naszym pacjentom, aby każdy nasz dotyk przynosił im ulgę w cierpieniu, aby ich niepokoje były zrozumiane i wyjaśnione, aby na każdy ich problem zdrowotny znalazła się rada, a każdy nowy dzień dawał im nadzieję na szybki powrót do zdrowia.

Zofia Kornacka

Depresja

Jest smutna, przygnębiona, na nic nie ma ochoty, odczuwa ból w każdej części ciała. Jest przekonana, że prześladowuje ją pech, a nieszczęścia nie chodzą parami, lecz dziesiątkami. Zapomina o posiłkach, słabnie coraz bardziej. Nic nie jest w stanie jej zainteresować. Najchętniej zamknęłaby się w domu i nie spotykała z ludźmi.

To fragment pamiętnika bardzo bliskiej mi osoby. Fragment, który dobitnie ukazuje, czym jest depresja i oddaje jej istotę. A jest to choroba, która niszczy nie tylko samego chorego, ale również ludzi z jego otoczenie, jego najbliższych, przyjaciół. Jest ona wyjątkowo perfidna i przewrotna – czyni bowiem spustoszenie w uczuciach, emocjach, opanowuje wolę i popycha ku najbardziej przeciwnemu naturze gwałtowi, jaki może zadać żywa istota – ku samozagładzie. Bardzo trafnie definicja tej choroby została ujęta przez najwybitniejszego psychiatrę XX w. Antoniego Kępińskiego w książce Pt.: „Melancholia”: „W depresji smutek nachodzi człowieka bez uchwytnej przyczyny. Jakby za przekręceniem kontaktu wszystko gaśnie, świat traci swą barwę, przyszłość zamienia się w czarną ścianę nie do przebicia, a przeszłość – w pasmo ciemnych wydarzeń obciążających chorego poczuciem winy.”

Co to jest depresja?

Trudno znaleźć człowieka, który nie doświadczyłby w życiu uczucia smutku, beznadziejności, nie wpadł w tak zwany psychiczny dołek. Jest on zwykle krótkotrwały, trwa kilka godzin lub dni. Lecz kiedy utrzymuje się tygodnie, potem miesiące, osoba jest przygnębiona cały czas, co wpływa negatywnie na pracę, naukę czy kontakty międzyludzkie należy szybko zwrócić się do lekarza, celem zdiagnozowania. Wyżej wymienione objawy mogą świadczyć o pojawieniu się depresji.

Symptomami tego poważnego zaburzenia są odczucia beznadziejności, bezradności, poczucie niskiej wartości, smutku. Osoby chore tracą zainteresowanie aktywnością życiową, zmieniają się ich nawyki żywieniowe (może nastąpić znaczny ubytek lub przyrost masy ciała), mają kłopoty ze snem, unikają spotkań towarzyskich, w poważniejszych przypadkach pojawiają się myśli, a nawet próby samobójcze. Wszystko wydaje się dwa razy gorsze, niż jest w rzeczywistości, nawet najmniejszy problem urasta do rangi ogromnego. Nic nie jest piękne. Niezwykle trudną chwilą jest pobudka – znów trzeba wstać, bo zaczął się kolejny ciężki, bezsensowny dzień. Depresja równie groźna, co choroby ciała. Od psychiki uzależnione jest nasze zdrowie fizyczne, jeśli jesteśmy szczęśliwi i usatysfakcjonowani, mamy mniejszą szansę na zachorowanie na gripę czy anginę. Gdy naszą głowę wypełniają myśli pesymistyczne, jesteśmy mniej odporni i słabsi.

Nie zawsze smutek związany jest z depresją. Rozpoznać to zaburzenie można dopiero, gdy stanom obniżonego nastroju towarzyszą dodatkowo inne objawy m.in. poczucie braku energii, niemożność przeżywania radości, niska ocena własnej wartości oraz gdy trwają odpowiednio długo, tzn. ponad 2 tygodnie.

Objawy depresji

Osoba cierpiąca na depresję jest smutna, nie jest w stanie wykrzesać z siebie energii do działania, w każdym razie robi to z dużym wysiłkiem. Zmusza się do wszystkiego. Nie umie się skoncentrować na wykonywanych czynnościach, skarżąc się na osłabioną pamięć. Czuje się niepotrzebna. Czarno widzi swoją przyszłość. Może oskarżać się o niepowodzenia własne lub z osób z otoczenia. W stanach najgłębszego obniżenia nastroju może dojść wręcz do

pojawienia się myśli i tendencji samobójczych. Złe samopoczucie występuje szczególnie rano. Po południu może ulec nieznacznej poprawie.

Często w depresji występują zaburzenia snu. Osoba chora budzi się wcześniej i nie potrafi już zasnąć. Brak apetytu powoduje spadek masy ciała. Mogą pojawiać się także objawy somatyczne: bóle w klatce piersiowej, zaburzenia ze strony układu pokarmowego, bóle głowy, pleców, zaburzenia miesiączkowania czy bezsenność. Zwykle prowadzona diagnostyka nie potwierdza tła somatycznego, a próby leczenia objawów nie przynoszą rezultatów. Skuteczna jest za to terapia przeciwdepresyjna.

Rodzaje depresji

Depresje endogenne

To stany depresyjne, występujące w przebiegu chorób takich jak choroby afektywne (jednobiegunowa i dwubiegunowa, nazywana dawniej psychozą maniakalno-depresyjną lub cyklofrenią) i zaburzenia schizofektywne (psychoza schizofektywna). Przyczyny tej grupy chorób nie są dostatecznie poznane. Można wyróżnić podstawowe i wtórne objawy depresji endogennych.

Do pierwszych można zaliczyć:

- obniżenie nastroju odczuwane jako stan smutku, przygnębienia, niemożności przeżywania radości, szczęścia, satysfakcji; niekiedy występuje stan zubożenia,
- spowolnione tempo myślenia, osłabienie pamięci, poczucie niesprawności intelektu, wolniejsze ruchy, niekiedy całkowite zahamowanie ruchowe. Może także wystąpić podniecenie ruchowe. Objawy te połączone są z dużym nasileniem lęku. Powyższe stany mogą występować naprzemiennie,
- zaburzenie rytmu okołodobowego i objawy somatyczne – wyraźne skrócenie snu nocnego i jego spłylenie (wielokrotne budzenie się w nocy i wczesne budzenie się rano) lub zwiększona potrzeba snu w okresie dnia przy braku wyraźniejszych zaburzeń snu nocnego,
- wahania samopoczucia – chorzy najgorzej czują się we wczesnych godzinach porannych, natomiast po południu, a zwłaszcza wieczorem samopoczucie wyraźnie poprawia się,
- przejawem zmian hormonalnych są m.in. zaburzenia cyklu miesięcznego u kobiet (do zaniku krwawień włącznie),
- zaparcia,
- wysychanie błon śluzowych jamy ustnej,
- utrata apetytu,
- chudnięcie,
- lęk wykazuje falujące nasilenie, może osiągać znaczne nasilenie i ujawniać się w sferze ruchowej (podniecenie), lokalizowany jest często przez chorych w okolicach serca lub w nadbrzuszu.

Do wtórnych zaś:

- zaburzenia myślenia,
- negatywna ocena siebie, swojego postępowania, zdrowia, pesymistyczna ocena teraźniejszości i przyszłości, perspektyw życiowych („światopogląd depresyjny”). Jeśli treść ocen depresyjnych odbiega w sposób rażący od realiów, mówimy o urojeniach (np. katastroficznych, nihilistycznych, hipochondrycznych, urojeniach grzeszności, winy, kary),
- zniechęcenie do życia, myśli i tendencje samobójcze,
- zaburzenia aktywności złożonej,
- zmniejszenie liczby i zakresu zainteresowań,
- obniżenie zdolności do pracy,
- osłabienie kontaktów z otoczeniem, izolowanie się.

Depresja bywa najczęściej maskowana przez: bezsenność lub nadmierną senność, bóle głowy, zaburzenia lękowe (lęk przewlekły, napadowy), natręctwa, jadłowstręt, okresowe

nadużywanie alkoholu, leków, zespół dławicy piersiowej, zaburzenia motoryki przewodu pokarmowego, stany spastyczne dróg żółciowych, zespół „niespokojnych nóg” świąd skóry.

Depresje psychogenne

Są to stany depresyjne powstające w odpowiedzi na różnorodne niekorzystne sytuacje psychologiczne natury wewnętrznej (konflikty psychiczne), jak też zewnętrznej (pochodzenia środowiskowego). Możemy je podzielić na:

- depresje reaktywne (wśród nich depresje w reakcji żałoby),
- depresje w przebiegu zaburzeń nerwicowych,
- depresje w przebiegu reakcji adaptacyjnych.

Depresja reaktywna

To najbardziej charakterystyczna postać depresji psychogennej. Powstaje w wyniku urazu psychicznego, bezpośrednio poprzedzającego pojawienie się objawów depresji. Wspomniany uraz psychiczny to najczęściej „utrata” istotnych dla danej osoby wartości duchowych lub materialnych.

Strata może dotyczyć zarówno wartości posiadanych, jak też potencjalnych, możliwych do osiągnięcia, np.: pozbawienie wolności lub jej zagrożenie, utrata najbliższych, zwłaszcza ich śmierć.

Również odejście osoby bliskiej (rozwód, emigracja) może spowodować reakcję depresyjną. Mogą ją powodować także straty materialne, zwłaszcza pojawiające się nagle, zawód emocjonalny związany z utratą pozycji zawodowej, społecznej (degradacja, przejście na rentę, emeryturę), a także zawód miłosny (choć nie tak często jak się powszechnie wydaje)

Depresja w reakcji żałoby

To szczególna forma depresji reaktywnych. Śmierć osoby bliskiej to utrata, której nie można nigdy odzyskać, coś, co jest nieodwracalne.

W przebiegu tej reakcji można wyróżnić kilka faz: stan odrętwienia, zubożenia uczuciowego, niedopuszczania do świadomości, że najbliższa osoba odeszła na zawsze, żal, rozpacz, a jednocześnie złość i gniew. Jeśli taka reakcja trwa długo (miesiące, lata) wymaga bezwzględnie interwencji lekarskiej. W tym okresie często stwierdza się wyraźne pogorszenie stanu somatycznego.

Depresja w przebiegu reakcji adaptacyjnej

Pojawia się na skutek istnienia przewlekłego urazu psychicznego, którym najczęściej bywa:

- przewlekły stres związany z pracą zawodową (konflikty, nadmierne obciążenie pracą, duża odpowiedzialność),
- przewlekłe konflikty w życiu rodzinnym,
- utrzymująca się trudna sytuacja materialna,

Depresja nerwicowa

Mianem tym określa się przewlekłe i niezbyt nasilone stany depresyjne, występujące w przebiegu zaburzeń nerwicowych. Pojawiają się po dłuższym czasie utrzymywania się objawów nerwicowych, takich jak lęk, fobie, natręctwa. Współczesne klasyfikacje zaburzeń psychicznych określają taki stan dystymią. Należy do odmiany łagodnej. Trwa minimum dwa lata u dorosłych, a rok u dzieci i młodzieży. Osoby cierpiące na ten rodzaj depresji określane są jako posiadające osobowość depresyjną.

Podstawowe objawy depresji psychogennej to:

- w odróżnieniu od depresji endogennej nastrój rzadko ulega znacznemu obniżeniu,

- często występuje rozpacz, płacz. Nie rzadko towarzyszy temu zniecierpliwienie, rozdrażnienie, konflikty z otoczeniem, irytacja. Chorzy roztkliwiają się nad sobą, swoim losem, wyrażają żal lub pretensje do innych, obwiniają za nieszczęścia, które ich spotkały,
- nie obserwuje się charakterystycznych dla depresji endogennej dobowych wahań samopoczucia. Samopoczucie (nastrój) może być zmienne, zależne od bieżących wydarzeń.

Depresje objawowe

Wyróżnia się tutaj:

- depresje w schorzeniach somatycznych,
- depresje związane ze stosowaniem leków i innych substancji, w przebiegu zatruc, uzależnień,
- depresje w chorobach organicznych mózgu.

Depresje w chorobach somatycznych

Są częste u osób przebywających na szpitalnych oddziałach somatycznych (około 20 proc.), a jeszcze częstsze (30 – 40 proc.) u pacjentów poradni ogólnych (oprócz psychiatrycznych). Część z nich to „maski” somatyczne depresji, nie właściwie rozpoznane i traktowane przez lekarzy jako schorzenia różnych narządów (określane jako „nerwice narządowe”, „nerwice wegetatywne”). Inną grupą pacjentów są chorzy, u których depresja jest wtórna do schorzeń somatycznych i neurologicznych (depresje objawowe).

Depresja może wystąpić w przebiegu takich chorób i zaburzeń jak: choroby nerek, łuszczyca, reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty układowy, grypa, gruźlica, mononukleozę, niedobory witamin z grupy B, choroby nowotworowe, cukrzyca, nadczynność i niedoczynność tarczycy, nadczynność i niedoczynność przytarczyc, okres przekwitania, okres okołoporodowy, zespół napięcia przedmiesiączkowego. Należy pamiętać, że przewlekłość i uciążliwość każdej choroby, a szczególnie nieuleczalnej czy powodującej niepełnosprawność może prowadzić do pojawienia się objawów depresji (depresje psychogenne).

Depresje związane ze stosowaniem leków i innych substancji chemicznych

Depresja może pojawić się jako powikłanie w przypadku przyjmowania:

- niektórych leków hipotensyjnych (obniżających ciśnienie krwi),
- niektórych neuroleptyków (leków przeciwpsychotycznych),
- leków sterydowych,
- środków hormonalnych, w tym antykoncepcyjnych,
- leków przeciwgruźliczych,
- leków przeciwnowotworowych,
- leków o działaniu amfetaminopodobnym,
- a także: w nadużywaniu i uzależnieniu od alkoholu.

Depresja w chorobach organicznych mózgu

Choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) również mogą być przyczyną depresji.

Należą do nich:

- miażdżyca naczyń mózgowych,
- stany pourazowe,
- niewydolność krążenia mózgowego,
- stany pourazowe (zwłaszcza uszkodzenie płatów skroniowych lub czołowych),
- padaczka,
- choroba Alzheimera,
- płasawica Huntingtona,

- choroba Parkinsona,
- stwardnienie rozsiane,
- zwyrodnienie wątrobowo-soczewkowe (choroba Wilsona),
- guzy mózgu (zwłaszcza płata czołowego),
- wodogłowie.

W zależności od stopnia nasilenia, można wyróżnić depresję łagodną, depresję o średnim nasileniu, depresję umiarkowaną oraz depresję ciężką, o dużym nasileniu.

W przypadku depresji łagodnej mogą występować pojedyncze, charakterystyczne cechy depresji: zmęczenie, zniechęcenie, złe samopoczucie, niezadowolenie, kłopoty ze snem, mniejszy apetyt.

W depresji o stopniu umiarkowanym następuje zniechęcenie do życia, obniżenie funkcjonowania społecznego, zawodowego.

Ciężka depresja charakteryzuje się zubożeniem, ciągłym smutkiem, lękiem, niezdolnością do pracy, myślami samobójczymi.

Przyczyny depresji

Depresja częściej występuje u osób predysponowanych, tzn. takich, u których w rodzinie wystąpiły już tego typu zaburzenia.

Do wystąpienia depresji mogą przyczynić się także cechy nabyte w środowisku rodzinnym oraz utrwalone cechy osobowości. Może występować w każdym wieku, zarówno u dorosłych, jak i dzieci.

Przyczynami depresji są przede wszystkim zaburzenia podstawowych procesów biochemicznych, psychicznych i społecznych.

Przyczyny biochemiczne

Właściwe funkcjonowanie mózgu człowieka zależy od poprawnego współdziałania substancji chemicznych, nazywanych mediatorami. Nawet najmniejsza zmiana w mediatorze może stać się przyczyną depresji lub powstania predyspozycji do niej. Wyróżniamy trzy podstawowe mediatory:

1. Serotonina (hormon tkankowy, neuroprzebieżnik w neuronach mózgowych, zwęża naczynia krwionośne i powoduje skurcz mięśni gładkich macicy i przewodu pokarmowego, kontroluje nastrój oraz stany świadomości, działa przeciwdepresyjnie, jej wysokie stężenie związane jest z pobudzeniem maniakałnym, zaś niskie z depresją, bezsennością, kieruje popędem i emocjami).

2. Noradrenalina (pokrewna adrenaliny, wydzielana przez komórki nerwowe).

3. Dopamina (substancja podobna do hormonów, jej brak lub nadmiar prowadzi do schizofrenii, choroby Parkinsona i depresji, kieruje popędem i emocjami, nazywana jest również hormonem szczęścia, gdyż pojawienie się jej w przestrzeniach między neuronami w jądrze półleżącym, zewnętrznie objawia się poczuciem euforii)

Mediatory te związane są z naszym nastrojem. Za centrum nastroju uważane są zespoły różnych neuronów w mózgu. Jeśli centra te pracują poprawnie, mediatory w sposób zsynchronizowany pomagają kontrolować nastroje. Jeśli zaś zaczynają zawodzić, pojawia się depresja.

Początkowo twierdzono, że depresja związana jest tylko z obniżeniem serotoniny, noradrenaliny oraz dopaminy w mózgu. Obecnie naukowcy zdają sobie sprawę, że jest to choroba znacznie bardziej skomplikowana, co związane jest z wieloma innymi czynnikami takimi jak:

- ,samotność i izolacja

- przewlekła choroba lub chroniczny ból,
- problemy finansowe,
- śmierć ukochanej osoby,
- rozwód lub rozpad związku,
- problemy małżeńskie,
- przemoc seksualna, emocjonalna lub fizyczna,
- przeżycia traumatyczne (katastrofa, wojna),
- operacja lub poród,
- bezrobocie.

Czynniki powyższe można nazwać społecznymi przyczynami depresji.

Przyczyny psychologiczne

Jedną z najważniejszych jest zbyt niskie poczucie własnej wartości, co nierozdzielnie związane jest ze znanymi wszystkim kompleksami. Mogą one być spowodowane wyglądem (jestem brzydka, nieatrakcyjna), wynikami w nauce (jestem mniej inteligentna) lub pracy, statusem społecznym.

Przyczynę psychologiczną stanowi również pesymizm, negatywne postrzeganie otaczającego świata. Jeśli chora osoba raz poniesie klęskę, będzie uważać, iż to samo spotka ją przy próbie dokonania czegoś innego (nie udało mi się teraz nie uda się później).

Do depresji może prowadzić również poczucie winy, strach przed porzuceniem, wewnętrzna złość.

Leczenie

Jest ona ogromnym obciążeniem dla pacjenta, znacznie ogranicza jego zdolność do pracy i nauki, negatywnie wpływa na przebieg innych schorzeń, istnieje realne ryzyko popełnienia samobójstwa przez osobę chorą. Dlatego należy ją, jak każdą inną chorobę, leczyć.

W leczeniu depresji stosowana jest terapia farmakologiczna oraz terapia psychologiczna. Stosowanie obydwu metod jednocześnie przynosi lepsze efekty.

Obecnie stosuje się kilkadziesiąt leków przeciwdepresyjnych. Różnią się budową chemiczną, profilem i siłą działania oraz bezpieczeństwem ich stosowania.

Natomiast psychoterapia polega ona na stosowaniu różnych psychologicznych sposobów oddziaływania. Podstawową formą jest rozmowa z terapeutą. Istnieje psychoterapia indywidualna i grupowa. Formy psychoterapii różnią się podejściem teoretycznym – istnieje możliwość dobrania odpowiedniego jej rodzaju.

Podstawą skuteczności leczenia depresji jest dobra współpraca między terapeutą i pacjentem, wsparcie rodziny i przyjaciół. Od postawy rodziny zależy bardzo wiele. Nie powinno wymagać się od pacjenta „wzięcia się w garść”, bo jego choroba polega właśnie na niemożności „wzięcia się w garść”.

W okresie depresji nie powinno się podejmować ważnych decyzji, po za decyzją o leczeniu. Pacjent powinien być aktywny na tyle, na ile pozwala mu nasilenie choroby. Każdą normalną aktywność należy traktować jak sukces. Powinien starać się utrzymać pewne rytmy i przyzwyczajenia: pory kładzenia się spać i wstawania, pory posiłków („jedzenie przez rozsądek”), codzienny spacer.

Psychoterapia w początkowym okresie leczenia ma zwykle działanie wspomagające leczenie farmakologiczne. W istocie polega wówczas na wspieraniu pacjenta, udzielaniu mu niezbędnych informacji, wyjaśnianiu, czym jest depresja. W miarę zmniejszania objawów, poprawie koncentracji, znaczenie psychoterapii wzrasta i często jest ona niezbędna w dalszym procesie terapii, a zwłaszcza w zapobieganiu nawrotom.

Metody i techniki psychoterapeutyczne mające zasadnicze znaczenie w leczeniu depresji wywodzą się z koncepcji poznawczo-behawioralnych.

Koncepcje poznawcze wychodzą z założenia, że osoby chorujące na depresję jeszcze przed zachorowaniem ujawniają specyficzny sposób myślenia o sobie i otaczającym je świecie, który doprowadza do obniżonej oceny własnej osobowości, błędnej oceny swoich relacji z ludźmi oraz widzenia swojej przyszłości w „czarnych barwach”.

Koncepcja behawioralna zakłada, że depresja jest wynikiem przewagi karania za różne rodzaje aktywności (nadmiernej krytyki) nad nagradzaniem (pochwałą). Osoby, u których wystąpiły objawy depresji nie odczuwają zadowolenia ze swoich osiągnięć, mają kłopoty z pozytywną oceną efektów swojego działania.

Depresja to choroba naszych czasów. Czasów, które nękają nas różnymi stresami, stawiają wobec wyzwań często ponad siły i wytrzymałość. Czasów, które, dzięki rozwojowi nauki i techniki obiecywały szczęście i łatwiejszą egzystencję. Nie sprostały jednak nadziejom wielu. Powoli zanika więc naturalna radość życia, zastępuje ją smutek, który przekracza cierpliwość i spędza nas na manowce tej jakże niebezpiecznej choroby. Cierpi na nią coraz więcej ludzi. Nie wynika ona ze słabego charakteru. Jest taką samą chorobą, jak grypa. Pamiętajmy więc, że gdy przygnębienie i smutek nie pozwalają normalnie funkcjonować, występuje bezsenność, pojawiają się kłopoty ze zdrowiem, należy koniecznie zgłosić się do poradni.

Depresja może wystąpić jako epizod i zakończyć się wyleczeniem. Może też przejść w zaburzenia nawracające, z okresowo powracającymi objawami choroby. Należy pamiętać również, że depresja to problem nie tylko chorego, ale także utrapienie dla jego najbliższych.

Joanna Rogozińska
Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny w Zgierzu

KALENDARIUM

➤ luty

4 - Międzynarodowy Dzień Walki z Rakiem

11 - Światowy Dzień Chorego

Światowy Dzień Chorego ustanowił Jan Paweł II w liście do ówczesnego przewodniczącego Papieskiej Rady ds. Duszpasterstwa Służby Zdrowia z 13 maja 1992 roku. Papież wyznaczył też od razu na obchody tego dnia 11 lutego, gdy kościół powszechny wspomina pierwsze objawienie Maryi w Lourdes. Ogólnoświatowe obchody tego dnia odbywają się co roku w którymś z sanktuariów maryjnych na świecie.

14 - Dzień Chorych na Padaczkę

23 - Ogólnopolski Dzień Walki z Depresją

➤ marzec

18 - Światowy Dzień Inwalidów i Ludzi Niepełnosprawnych

24 - Światowy Dzień Walki z Gruźlicą

W 1993 roku Światowa Organizacja Zdrowia ogłosiła, że gruźlica stanowi zagrożenie dla zdrowia ludności na całym świecie. Około 2 miliardów ludzi na świecie jest zakażonych prątkiem gruźlicy. Corocznie zakażeniu ulega 1 proc. ludności świata.

24 marca jest obchodzony jako Światowy Dzień Walki z Gruźlicą w rocznicę wykrycia prądka gruźlicy przez niemieckiego lekarza Roberta Kocha.

KĄCIK BIBLIOTECZNY

Psychiatria. Repetytorium.

Adam Bilikiewicz

Jerzy Landowski

Piotr Radziwiłłowicz

Wydanie II poprawione

Jest to drugie wydanie uzupełnionego i unowocześnionego repetytorium pozwalającego na usystematyzowanie, powtórzenie i podsumowanie wiadomości z zakresu psychiatrii. Zwięzłe ujęcie tematu, liczne schematy i przejrzyste tabele sprawiają, że książka jest bardzo przydatna przy powtarzaniu materiału przed egzaminem.

Książka zawiera informacje dotyczące podstawowej klasyfikacji, etiologii, obrazu klinicznego, rozpoznawania oraz postępowania w najczęściej występujących zaburzeniach psychicznych. Obecne wydanie uzupełnione jest o nowy rozdział poświęcony psychopatologii ogólnej i syndrologii.

Repetytorium przeznaczone jest dla studentów medycyny, lekarzy stażystów, lekarzy przygotowujących się do egzaminu I stopnia z psychiatrii, jak i lekarzy rodzinnych, ogólnych oraz psychologów klinicznych. Podręcznik ten będzie również przydatny dla studentów wydziałów pielęgniarstwa, socjologii, psychologii i prawa.

W książce uwzględniono m.in.:

psychopatologie i syndromologie ogólną, badania psychiatryczne, klasyfikację zaburzeń psychicznych, zaburzenia świadomości, zespoły otępienne, schizofrenie i jej leczenie, zespoły depresyjne, choroby afektywne, zespoły lękowe, zaburzenia odżywiania i zaburzenia snu.

Obecny układ podręcznika, odpowiadający w miarę możliwości wymogom nowoczesności, na pewno spotka się z pozytywnym przyjęciem.

st. specjalista ds.merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

Konflikty w organizacji i ich rozwiązywanie cz. 2

CYKL ODWETOWY

Część konfliktów interpersonalnych nie wynika z rzeczywistych sprzeczności, lecz z eskalacji pozornej wzajemnej wrogości, będącej wynikiem braku informacji, błędów w postrzeganiu drugiej strony i zazwyczaj towarzyszących temu silnych emocji. Zjawisko to ilustruje tzw. cykl odwetowy. Pokazuje on, jak mało istotne zdarzenie może przerodzić się w konflikt a w konsekwencji w szereg wrogich zachowań.

Cykl odwetowy składa się z kilku etapów. Reakcja początkowa to zazwyczaj pewne działania lub ich brak jednej ze stron sporu (np. strony A). Postrzeganie wrogiego zachowania przez drugą stronę sporu (stronę B) wrogich motywów (strony A), które wystąpiły w początkowej fazie sporu. Następnie występuje agresja obronna – w odpowiedzi na tak postrzeganą agresję, strona B zaczyna czuć złość i wrogość wobec „przeciwnika”, co powoduje zanik zaufania do niego i pojawienie się chęci odwetu, czyli kontratak. Chęć odwetu przeradza się w agresywne zachowanie strony B i odcinanie się od „wroga” oraz odizolowanie powodujące zmniejszenie komunikacji i wzajemnych kontaktów. Następuje wówczas powtarzalność – kontratak strony B zostaje odebrany przez stronę A jako nieuzasadniony, co z kolei powoduje także kontratak nakręcający kolejne wrogie zachowania itp.

Bezpośrednią konsekwencją ulegania cyklowi odwetowemu jest zaangażowanie się w zazwyczaj pozorny, mało konstruktywny i przeciągający się konflikt, który doprowadza do rozwoju wrogości o okopywania się na swoich stanowiskach. Przyczyn eskalacji takiego konfliktu można doszukiwać się w wielu procesach społecznych lub organizacyjnych, jednak wiele z nich leży bezpośrednio po stronie osób w niego uwikłanych, które nie zawsze są obiektywne, często działają pod wpływem emocji oraz – co niemniej ważne – nieświadomie ulegają rozmaitym błędom w postrzeganiu partnerów.

Konsekwencją ulegania cyklowi odwetowemu jest popadanie w mało konstruktywne, przeciągające się spory doprowadzające do wrogości, a przyczyny eskalacji takiego sporu leżą często po stronie osób w niego uwikłanych. Działają one wówczas pod wpływem emocji, a w rezultacie ulegają przy tym rozmaitym błędom. Warto mieć świadomość, że nawet podczas przyjacielskich kontaktów zdarzają się różnego typu pomyłki, przejawienia, błędne interpretacje faktów czy zachowań innych osób. Podczas konfliktów ich liczba nieuchronnie rośnie i przybiera na sile. Błędy te nazywane są percepcyjnymi. Należą do nich: podstawowy błąd atrybucji, efekt przyprawienia rogów, efekt przeceniania informacji negatywnych, efekt selektywnej uwagi oraz efekt „samospelniającego się proroctwa”. Podstawowy błąd atrybucji polega na tendencji przeceniania rozmiaru zachowań drugiej strony będącej wynikiem jej cech temperamentu, przy niedocenianiu wpływów czynników zewnętrznych. W czasie konfliktu większość działań drugiej strony odbierana jest jako wyrachowanie i celowe działanie, natomiast nie brane są pod uwagę zbiegi okoliczności i wpływy czynników zewnętrznych. Własne negatywne zachowania człowiek usprawiedliwia wówczas wpływem otoczenia.

Efekt przyprawiania rogów polega na postrzeganiu drugiej strony przez pryzmat pierwszego negatywnego wrażenia, jakie wywarła na oceniającym. Wynika on z faktu przypisywania zbyt dużej wagi pierwszym wrażeniom niż wszystkim późniejszym.

Efekt przeceniania informacji negatywnych to błąd polegający na budowaniu opinii na podstawie informacji negatywnych, które w czasie konfliktu mogą zdominować cały wizerunek drugiej strony.

Efekt selektywnej uwagi odnoszący się do poprzedniego błędu, podkreśla rolę nastawienia podczas analizowania informacji. Raz wyrobione błędne zadanie o drugiej stronie powoduje

nieświadomą selekcję informacji na jej temat. Powoduje to szukanie potwierdzenia wcześniejszych poglądów i odrzucanie wszystkich pozytywnych informacji. Efekt „samospelniającego się proroctwa” jest to błąd bazujący na nieświadomym wpływanie na zachowanie drugiej strony i współtworzeniu jej wizerunku. Gdy osoba negatywnie kogoś ocenia, to w ich kontaktach będzie więcej napięć i utarczek, zwiększy się liczba wymagań i kontroli, co wywoła zdenerwowanie drugiej strony, a w konsekwencji zwiększa liczbę pomyłek.

POSTAWY WOBEC KONFLIKTÓW

Nierzadko wydaje nam się, iż jesteśmy ofiarą złośliwie atakowaną przez złego przeciwnika o wątpliwych moralnie racjach. Typowe jest również głębokie przekonanie każdej ze stron, że sprawiedliwość, cała prawda i racja jest po jej stronie, że tylko ona dąży do sprawiedliwego rozwiązania konfliktu. Wyróżniamy następujące rodzaje postaw wobec konfliktów:

Postawa „szukanie pod cudzą latarnią” – każdy z partnerów jasno i wyraźnie spostrzega wszystkie braki i uchybienia przeciwnika, a jest nieświadom istnienia takich samych braków u siebie. W większości konfliktów obie strony są skłonne nie dostrzegać sensu tego, co robią przeciwnikowi, ale są oburzone tym, co przeciwnik im robi.

„Podwójna etyka” – nawet wtedy, gdy obie strony konfliktu są świadome popełnienia takich samych uchybień czy wykroczeń wobec siebie, istnieje wyraźna tendencja traktowania tego co się samemu robi przeciwnikowi – za usprawiedliwione i godziwe, a tego co robi przeciwnik – za niesprawiedliwe i niegodziwe.

„Wszystko jest oczywiste” – bardzo często każdy z partnerów skłonny jest do nadmiernie uproszczonego myślenia o szczegółach sytuacji konfliktowej tak, żeby potwierdziło to ogólne przeświadczenie że to, co się samemu robi, jest słuszne i dobre, a to, co robi partner – dobrym i słusznym nie jest.

Należy również wspomnieć o niezaprzeczalnym fakcie, iż niektórzy lubią konflikt i różnicę zdań. Gdy sytuacja jest pod kontrolą, to umiarkowana niezgodność może pobudzać aktywność członków organizacji i zwiększać ich efektywność. Niektórzy jednak nasilają konflikt do niebezpiecznego poziomu. Robią to zwłaszcza ci, którzy zbyt ostro reagują na błahe nieporozumienia, co może być spowodowane np. niską samoocena lub dążeniami autorytarnymi ludzi. Możliwości konfliktu są największe wtedy, gdy między członkami załogi występują różnice względem takich ocen, jak postawa wobec pracy, wiek i wykształcenie.

STYLE REAGOWANIA NA KONFLIKT

Na konflikt i jego rozwój ważny wpływ ma sposób reagowania na sytuację konfliktową poszczególnych osób w nią uwikłanych. Od tej reakcji bowiem zależy wzajemna relacja wszystkich stron konfliktu. Zgodnie z podziałem zaproponowanym przez Thomasa Klimana można wyróżnić następujące style radzenia sobie z sytuacją konfliktową.

Unikanie występuje wówczas, gdy ignorowane są interesy swoje i drugiej strony. Bez motywacji do konfrontacji osoba zachowuje się tak, jakby konflikt w ogóle nie istniał. W ten sposób nie dochodzi do eskalacji konfliktu, ale nie jest też wykorzystany potencjał tkwiący w konflikcie.

Uleganie ma miejsce, gdy uwzględniane są interesy głównie drugiej strony, a w niewielkim stopniu swoje. Postawa ma na celu utrzymanie dobrych stosunków z partnerem, nawet własnym kosztem. Rzadko dochodzi do pełnego wykorzystania konfliktu stosunków, tym samym do twórczego rozwiązania problemu.

Konkurencję cechuje dbałość o swoje interesy, natomiast nie są brane pod uwagę interesy drugiej strony. Konkurencja nie sprzyja komunikacji i szukaniu wspólnych rozwiązań. Dochodzić może do wykorzystania posiadanej wiedzy w uzyskaniu przewagi, co dalej skutkuje eskalacją konfliktu.

Kompromis to styl, w którym występuje średni poziom troski o swoje interesy oraz partnera. Powoduje on mobilizację do szukania rozwiązań korzystnych dla obu stron, jednakże narzuca rozwiązania pośrednie, półśrodki, w których obie strony tracą, aby wspólnie zyskać. Pozwala to na poznanie potrzeb drugiej strony oraz wypracować pozytywne wyniki dla obu stron. Niestety, nie zawsze to daje rezultaty optymalne.

Kooperacja to najbardziej korzystny styl ze względu na fakt pełnego wykorzystania pozytywnego potencjału konfliktowego, oznaczający wysoką troskę o interesy wszystkich zainteresowanych. Ten styl reagowania wynika z założenia, że zawsze można znaleźć rozwiązanie, które usatysfakcjonuje obie strony konfliktu. Występuje duża motywacja do tworzenia porozumień najbardziej korzystnych dla wielu stron. Skutkuje to np. zaspokajaniem specyficznych potrzeb, wspólnych interesów lub wypracowywaniem nowych rozwiązań. W organizacjach można zetknąć się ze wszystkimi powyżej opisanymi stylami reagowania, również w odniesieniu do pojedynczego pracownika. Żaden z tych przedstawionych stylów nie jest idealny i optymalny w każdych warunkach. Ich skuteczność zależy od wielu czynników, np. od ograniczeń czasowych, posiadanej wiedzy, czy też wagi, jaką przykładamy do kontaktów z poszczególnymi stronami konfliktu.

METODY OGRANICZANIA I ROZWIĄZYWANIA KONFLIKTÓW

Stwierdziliśmy już, że konflikty są wszechobecne i nieuniknione, wiemy także, że należy je opanować, przewycięzać i aktywnie im przeciwdziałać. Największe możliwości wykrywania napięć konfliktotwórczych mają kierownicy sprawujący nadzór nad zespołami ludzkimi, jednak bez dużego doświadczenia życiowego i umiejętności kierowania zespołem nie jest łatwo rozpoznać konflikt w fazie ukrytej. Zanim zaczniemy poszukiwanie metody rozwiązania sporu powinniśmy podjąć pewne kroki zmierzające do poznania uczestników konfliktu, diagnozy jego przyczyn oraz oceny ewentualnych stosunków panujących wśród uczestników konfliktu. Musimy także zrezygnować z emocji, odrzucić uprzedzenia personalne oraz dążyć do utrzymania kontaktów między stronami konfliktu, i wreszcie wybrać metody kierowania konfliktem.

W tym miejscu można podzielić sposoby radzenia sobie z konfliktami na dwie grupy – metody tradycyjne i współczesne.

Wśród metod tradycyjnych dominujące jest przekonanie, że jedna ze stron musi wyjść zwycięsko. Sytuacje te oparte są na schemacie „wygrany – przegrany”. Schemat ten zakłada narzucanie rozwiązania, postawienie na swoim kosztem przeciwnika, który powinien zrezygnować. Jest to metoda sprowadzająca się do jednostronnego podjęcia decyzji, tak więc potrzeby jednej ze stron zostają zaspokojone, pokonany natomiast czuje urazę do zwycięzcy, gdyż uważa, że taki obrót sprawy jest niesłuszny i niesprawiedliwy. Zasada ta jest dominująca w tradycyjnych metodach rozwiązania konfliktu, wśród których wymienić można wymuszanie, ucieczkę i kompromis.

Wymuszanie stosowane jest w sytuacjach, gdy w konflikt zaangażowane są strony o nierównym statusie, np. szef i podwładny. Jedna ze stron korzystając ze swoich uprawnień narzuca określone rozwiązania. Narzędziami władzy jest tu system kar i nagród stosowany przez szefa wobec podwładnych. Są to pozorne rozwiązania konfliktu, gdyż zostanie on jedynie wyciszony, przejdzie w formę ukrytą, by ponownie wrócić ze wzmożoną siłą. Szefowie powinni być świadomi wybierając tę metodę rozwiązywania sporów, że u

podwładnych z czasem wystąpią mechanizmy obronne, które pozwolą im uniknąć zarówno samych konfliktów jak i wynikających z nich kar. Ten styl nazywany jest też unikaniem. Ucieczka to reakcja obronna wynikająca z obawy przed możliwością urażenia drugiej strony, bądź z obawy przed przegraną. Menadżerowie „stojący z boku” i oczekujący, że konflikt rozwiąże się sam, uciekają przed zajęciem jednoznacznego stanowiska, nie chcąc się narazić jednej ze stron. Niestety, kwestia rozwiązania konfliktu powróci po czasie ze wzmożoną siłą i nowymi konsekwencjami dla pracowników i firmy.

Kompromis występuje wówczas, gdy menedżer dąży do załagodzenia przebiegu lub skutków konfliktu. Metoda ta polega np. na dostarczeniu pozytywnych informacji o drugiej stronie sporu oraz na sugerowaniu stronom wzajemnych ustępstw. Należy jednak pamiętać, iż zbyt duże ustępstwa w odczuciu uczestników konfliktu spowodują powrót do problemu po czasie. W literaturze znany jest podział kompromisu na różne jego formy, począwszy od rozdzielenia – strony przeciwne trzyma się w oddaleniu do czasu uzgodnienia rozwiązania poprzez arbitraż – strony konfliktu poddają się sądowi trzeciej stronie (zwykle, chociaż nie zawsze, jest to kierownik), aż do rozstrzygnięć losowych, gdzie o wyniku decyduje jakież zdarzenie losowe np. rzut monetą. Zawsze potem można odnieść się do przepisów, a znajdujący się w impasie przeciwnicy godzą się na „literę prawa” i ustalenie wyniku przez regulamin organizacji. Skrajnym rozwiązaniem może być przekupienie, kiedy jedna ze stron godzi się na przyjęcie korzyści majątkowych w zamian za zakończenie konfliktu. Niestety, jak mówi doświadczenie, żadna z tych metod nie prowadzi do pełnego zadowolenia stron konfliktu ani do twórczych rozwiązań.

W nowoczesnym zarządzaniu konfliktem stosowana jest metoda „bez porażek” – kluczowa metoda oparta na przekonaniu, że konflikty nie muszą prowadzić do strat jednej ze stron, a wręcz przynosić korzyści wszystkim zaangażowanym stronom. Metoda ta pozwala na rozwiązanie konfliktu w sposób przynoszący obopólne korzyści, jest stosowana gdy strony między którymi zaistniał konflikt szanują nawzajem swoje potrzeby. W metodzie „bez porażek” konieczne jest podjęcie następujących kroków tj. rozpoznanie i określenie przyczyny konfliktu, poszukiwanie rozwiązań, ocena możliwych rozwiązań, podjęcie decyzji oraz wprowadzenie decyzji w życie i oceny rozwiązań.

Wymaga ona aktywnego poszukiwania rozwiązania możliwego do przyjęcia dla obu stron, nie zaś – walki o władzę.

Aby urzeczywistniła się metoda „bez porażek” musimy dążyć do takiego rozwiązania konfliktów, aby każda strona sporu zyskała coś dla siebie. Aby stało się to możliwe należy precyzyjnie analizować oczekiwania i potrzeby uczestników konfliktu, a następnie oddzielić je od postaw, stereotypów, emocji. Służyć to ma skupieniu się na meritum sporu, a więc na konkretnych czynnościach i procedurach, czyli skupić się na metodach zarządzania w sytuacjach konfliktowych, które stanowią: konfrontacja, negocjacje, mediacje, arbitraż czy likwidacja sytuacji konfliktowej.

Konfrontacja jest metodą polegającą na doprowadzeniu do przedstawienia konkretnych stanowisk stron konfliktu. Konfrontacja taka winna być poprowadzona tak, aby można było dyskutować o przyczynach konfliktu, sposobach jego rozwiązania a także o ewentualnych skutkach jego rozwiązania, a kierując konfliktem powinien konsekwentnie oczekiwać od stron jasnego i precyzyjnego przedstawienia swoich racji i propozycji racjonalnego rozwiązania sporu.

Negocjacje – zarządzający w sytuacji konfliktowej musi doprowadzić do bezpośrednich rozmów, aby osiągnąć porozumienie, rozwiązanie problemu lub zawarcie transakcji.

O porozumieniu możemy mówić wówczas, gdy nastąpi jego akceptacja przez wszystkie strony. Przebieg negocjacji zależy tylko od bezpośrednich uczestników.

Mediacje – mediator, czyli trzecia strona konfliktu biorąca udział w jego rozwiązaniu, jest łącznikiem między zwaśnionymi stronami, na których ciąży obowiązek bezstronności. Co

ciekawe, najczęściej przyczyną porażki jest nieumiejętność zachowania neutralności przez mediatora. Odpowiada on również za niwelowanie skrajnych emocji w rozmowach oraz nierealnych propozycji rozwiązania sporu. Ma to sens wówczas, gdy obie strony konfliktu rozumieją, że są od siebie zależne, a porozumienie jest niezbędne i może przynieść korzyści każdej ze stron.

Arbitraż konieczny jest wówczas, gdy zawiodą mediacje. Korzysta się z niej, kiedy kryteria ocen stron konfliktu są tak różne, że konflikt staje się nierozwiązalny. Arbitraż tylko wtedy jest skuteczny, gdy obie strony wybiorą arbitra będąc w przekonaniu, że będzie to osoba o wysokich kompetencjach i bezstronności. Sukcesem jest bezdyskusyjne uznanie przez obie strony konfliktu rozwiązania proponowanego przez arbitra.

Likwidacja sytuacji konfliktowej polega na takich rozwiązaniach w firmie, które likwidują zaistniałą sytuację konfliktową. Można w tym celu np. zatrudnić w miejsce skonfiskowanych osób nowych pracowników z zewnątrz lub przeprowadzić reorganizację działów albo też dokonać zmian na stanowiskach kierowniczych. Jednakże z uwagi na kontrowersje społeczne, które budzi takie postępowanie, nie jest to dobra metoda rozwiązywania konfliktów.

Na uwagę zasługuje metoda ograniczania konfliktów polegająca na odniesieniu się do potrzeb wyższego rzędu, pozwalająca na odwrócenie uwagi stron od ich odrębnych celów.

ZALETY I WADY KONFLIKTÓW

Konflikty międzyludzkie są nie do uniknięcia, jednakże przy stałym wzroście ich ilości, stają się one trwale i intensywnie prowadząc do dezintegracji społecznej oraz kryzysu.

Szereg konfliktów, zwłaszcza tych o małym nasileniu, potrafi wyzwolić ludzi z bierności i konserwatyzmu. Mają one wówczas twórczy charakter, a ich rozwiązywanie świadczy o dojrzałości emocjonalnej i społecznej partnerów.

Radzenie sobie z konfliktami jest zadaniem niezwykle trudnym, zależącym od wielu czynników. Jakże wiele reakcji na konflikt możemy zauważyć będąc ich biernym obserwatorem. Jedno jest pewne – jeżeli uczestnicy konfliktu nie poradzą sobie z nimi sami, możemy ich wspomóc, gdyż istnieje wiele metod stymulowania i ograniczania konfliktów. Starajmy się prawidłowo zareagować na sytuację konfliktową, ponieważ do tej reakcji zależy sposób załatwienia konfliktu, a czasem dalsze losy grupy. Nie bójmy się konfliktów, gdyż oprócz wad posiadają one zalety, których nie sposób przecenić.

Padaczka (epilepsja)

Padaczka jest najczęstszą chorobą układu nerwowego u dzieci i jedną z najczęstszych u dorosłych. Ocenia się, że na padaczkę choruje do 1 proc. wszystkich ludzi. W Polsce cierpi na nią około 0,5 – 0,7 proc. populacji. Do dziś jednak przesady i fałszywe mniemania o padaczce i chorujących na nią ludziach są udziałem wielu społeczeństw. Ze względu na przewlekły charakter choroby, częstość jej występowania, konieczność długotrwałego leczenia oraz konsekwencje społeczne, istnieje potrzeba rozpowszechniania wiedzy na temat padaczki wśród chorych, ich rodzin oraz członków społeczeństwa, w którym żyją. Choroba charakteryzuje się napadami drgawek różnego pochodzenia. W mózgu występują niekontrolowane zjawiska elektrochemiczne, które powodują napady częściowe i uogólnione. Napady częściowe dzielą się na proste (bez zaburzeń świadomości) i złożone (z zaburzeniami świadomości).

Do prostych należą napady z objawami: motorycznymi, czuciowymi, z układu współczulnego, psychicznymi.

Do złożonych należą napady: tylko z zaburzeniami świadomości, z automatyzmami, częściowe wtórne uogólniające się,

Napady uogólnione podzielono na napady: nieświadomość, miokloniczne, kloniczne, toniczne, toniczno-kloniczne, atoniczne.

Przyczyny padaczki są różnorodne i często łączone z wiekiem. Uraz okołoporodowy jest najczęstszą przyczyną padaczki u dzieci, guza mózgu można podejrzewać jako główną przyczynę epilepsji u osób około 30 roku życia zaś po 65 roku życia przyczynami mogą być: miażdżycy, udary, choroba Alzheimera, choroby zwyrodnieniowe CUN oraz urazy mechaniczne.

W każdym przypadku konieczne jest dokładne ustalenie typu napadów występujących u danego chorego. Służą temu głównie: dokładnie zebrany wywiad od chorego i świadków napadu (najczęściej rodziny) oraz charakter zmian w badaniu EEG.

W czasie zbierania wywiadu

Informacje ogólne: przebieg ciąży i porodu, rozwój psychoruchowy, przebieg choroby, wywiad rodzinny.

Informacje dotyczące napadów: pora i okoliczności występowania oraz czas trwania, od jakich objawów rozpoczął się napad, czy w czasie napadu chory był przytomny, jakie objawy towarzyszyły napadowi (np. zakres i lokalizacja drgawek), objawy ponapadowe.

U wszystkich chorych wystąpienie napadu padaczkowego powoduje konieczność przeprowadzenia dokładnej diagnostyki. Jej celem jest ustalenie rodzaju napadów i padaczki oraz ewentualnie przyczyny napadów. Zakres tych badań zależy od konkretnej sytuacji.

Do najczęściej wykonywanych badań należą: badanie neurologiczne, badania laboratoryjne krwi, badanie EEG, badanie neuroradiologiczne (tomografia komputerowa głowy i rezonans magnetyczny).

Rozpoznanie padaczki

Rozpoznanie padaczki ustala się głównie na podstawie dokładnie zebranego wywiadu. EEG jest jedynym badaniem, przy pomocy którego można wykazać istnienie nieprawidłowej czynności bioelektrycznej mózgu, będącej istotą padaczki. Ma ono bardzo ważne znaczenie w rozpoznawaniu typów napadów i rodzaju padaczki, ustaleniu rokowania i sposobów leczenia. Jednakże, u niektórych chorych na padaczkę, zapisy EEG mogą być prawidłowe. Z drugiej strony sam fakt występowania zmian napadowych w EEG nigdy nie przesądza

o rozpoznaniu padaczki. Wynik EEG zawsze musi być interpretowany łącznie z danymi z wywiadu.

Badania neuroradiologiczne pozwalają na uwidocznienie struktury mózgu. Mają więc na celu ustalenie przyczyn padaczki. Niektórzy chorzy uważają, że ich prawidłowy wynik zaprzecza rozpoznaniu padaczki, co nie jest nigdy prawdą.

O padaczce mówimy wtedy, gdy u danego chorego napady padaczkowe powtarzają się. Poza pewnymi wyjątkowymi sytuacjami nie wolno rozpoznać padaczki i rozpocząć leczenia u osób po pierwszym napadzie padaczkowym. Ryzyko powtarzania się napadów po pierwszym w życiu napadzie wynosi od 40 do 50 proc. Oznacza to, że u około połowy takich osób nie wystąpi choroba przewlekła, jaką jest padaczka.

Padaczka może ujawniać się w każdym wieku od wczesnego dzieciństwa do późnej starości. W 80 proc. przypadków choroba rozpoczyna się przed 20 rokiem życia.

Regularne przyjmowanie leków

Regularne przyjmowanie leków jest podstawowym warunkiem skutecznego leczenia.

Niesystematyczne przyjmowanie leków jest jedną z najczęstszych przyczyn niepowodzeń w leczeniu padaczki. Sprzyja także rozwojowi tzw. padaczki przewlekłej, lekoopornej. Nagłe odstawienie leku przeciwpadaczkowego grozi nie tylko nawrotem napadów, ale także wystąpieniem tzw. stanu padaczkowego. O stanie padaczkowym mówimy wtedy, gdy napady padaczkowe powtarzają się z bardzo dużą częstotliwością, a w przypadku stanu padaczkowego napadów toniczno-klonicznych (tzw. napadów grand mal, czyli dużych) chory nie odzyskuje przytomności między napadami. Stan padaczkowy jest stanem zagrożenia życia i zawsze wymaga leczenia szpitalnego.

Leczeniem padaczki zajmują się neurologi, neurologi dziecięcy i w pewnych przypadkach psychiatry. Leczenie prowadzi się ambulatoryjnie. Chorzy winni zgłaszać się do badań kontrolnych co kilka miesięcy, także wtedy, gdy napady pod wpływem leczenia ustąpiły. Okresowo wykonuje się u nich, oprócz badania neurologicznego, badania dodatkowe krwi oraz zapisy EEG. Postępem w leczeniu okazała się terapia monitorowana padaczki. Metoda ta polega na oznaczeniu stężenia leku przeciwpadaczkowego we krwi i na tej podstawie dobraniu optymalnej dla danego chorego dawki leku. Krew do badania pobiera się zwykle o godzinie ósmej rano, przed przyjęciem porannej dawki leków.

Jak uniknąć napadów

Wyniki leczenia zależą nie tylko od regularnego przyjmowania leków, ale także od unikania czynników, które prowokują występowanie napadów.

Najważniejsze z nich to:

- nieregularny tryb życia, a w szczególności niedobór snu,
- spożywanie alkoholu,
- u niektórych chorych liczba napadów zwiększa się podczas chorób infekcyjnych (dotyczy to głównie dzieci),
- u części kobiet napady występują w okresie okołomiesiączkowym,
- aktywność umysłowa i umiarkowana fizyczna zmniejsza ryzyko wystąpienia napadów.

Mniej więcej 7 proc. padaczek stanowią padaczki odruchowe, w których istnieje specyficzny czynnik wywołujący napady. Najczęstsza z nich jest tak zwana padaczka fotogenna, w której czynnikiem wywołującym napady jest przerywany bodziec świetlny (telewizor, dyskoteka).

Zasady postępowania dla chorych z padaczką fotogenną:

- nie należy oglądać telewizji w zupełnie ciemnym pokoju,
- należy oglądać z odległości co najmniej 2 metrów,
- włączać odbiornik przy pomocy pilota, nie patrząc na ekran,
- unikać dyskotek, pracy przy komputerze,
- praca przy komputerze jest przeciwwskazana tylko dla chorych na padaczkę fotogenną, a nie dla wszystkich chorych na padaczkę,
- wrażliwość na przerywany bodziec świetlny maleje z wiekiem, znacznie zmniejszając się około 30 roku życia.

Jak pomóc choremu w czasie drgawkowego napadu padaczkowego:

- zachowaj spokój, większość napadów ustępuje samoistnie w ciągu 2 – 3 minut,
- jeżeli chory znajduje się w miejscu niebezpiecznym (np. na ulicy) zapewnij mu bezpieczeństwo,
- ułóż chorego na boku, taka pozycja chroni przed zakrztuszeniem się,
- nigdy nie wkładaj choremu żadnych przedmiotów do ust, to nie pomaga, a może być szkodliwe,
- po napadzie zostań przy chorym tak długo, aż jego stan wróci do normy, sen po napadzie jest zjawiskiem naturalnym i korzystnym dla chorego,
- zawiadom pogotowie ratunkowe, jeżeli napad przedłuża się powyżej 7 – 10 minut, jeżeli napad ustąpił, a chory jest przewlekłe leczony, nie ma takiej potrzeby.

Dzieci chore na padaczkę

Rozpoznanie padaczki wzbudza często u rodziców postawy nadopiekuńcze. Są one bardzo niekorzystne, gdyż dziecko chore na chorobę przewlekłą musi być przygotowane na pokonywanie większych trudności życiowych niż jego zdrowi rówieśnicy. Właściwie i wczesnie leczona padaczka nie odbiera chorym szans rozwoju. Szanse takie może mu jednak odebrać nieprzychylnie nastawione lub niedoinformowane społeczeństwo: rodzice, szkoła, służba zdrowia. W każdym przypadku wspólną troską rodziców, nauczycieli, lekarzy i samego chorego dziecka, winno być uzyskanie przez nie możliwie jak najlepszego wykształcenia dostosowanego do jego indywidualnych możliwości. Ograniczenie trybu życia u dzieci chorych na padaczkę zależy głównie od przebiegu choroby. U chorych leczonych skutecznie nie odbiegają istotnie od ograniczeń, jakim podlegają inne, zdrowe dzieci. Aktywność ruchowa, w tym amatorskie uprawianie sportu (poza sportami walki) nie jest tu przeciwwskazana, a nawet korzystna. Dzieciom można pozwolić na grę w piłkę nożną, jazdę na rowerze poza drogami publicznymi, lekkoatletykę. Możliwe jest także pływanie w basenie pod warunkiem zapewnienia indywidualnej, fachowej opieki. Ograniczenia winny być zredukowane do niezbędnego minimum, a ich zakres zależy od wieku dziecka i wyników leczenia. Dzieci leczone skutecznie mogą uczestniczyć w obozach i koloniach letnich pod warunkiem zapewnienia regularnego przyjmowania leków i poinformowania o chorobie wychowawców.

Padaczka a praca zawodowa

Większość chorych na padaczkę pracuje zawodowo, mimo, że choroba niesie ze sobą pewne ograniczenia w wykonywaniu niektórych zawodów. W niektórych poradniach i podręcznikach podaje się listy zawodów dostępnych dla chorych na padaczkę. Listy te mają charakter wybitnie orientacyjny i pomocniczy ze względu na dużą różnorodność padaczek, ich przebiegu, pory występowania i rodzajów napadów oraz wyników leczenia.

Jednoznacznie przeciwwskazane jest wykonywanie takich zawodów, w których nawet krótkotrwałe zaburzenia świadomości mogą narazić na niebezpieczeństwo samych chorych lub inne osoby. Wymienia tu można np.: zawód kierowcy, operatora ciężkiego sprzętu, spawacza czy chirurga. Jest lista zawodów, zwłaszcza o charakterze umysłowym, które chory może i powinien wykonywać. Istnienie tych ograniczeń winno być dla chorych jednym z bodźców do uzyskania możliwie wysokiego wykształcenia i zwiększenia szansy otrzymania pracy. Chorzy charakteryzują się dużą drażliwością, wybuchowością, brakiem tolerancji wobec otoczenia, co może powodować konflikty w pracy. Na ogół są oni jednak zdyscyplinowanymi i pełnowartościowymi pracownikami. Za podstawę inwalidztwa mogą służyć następstwa padaczki np. trwałe uszkodzenia wskutek wypadku doznanego podczas napadu padaczkowego, zmiany psychiczne, niedowład lub porażenia. Sama padaczka może stać podstawą do orzeczenia inwalidztwa w zawodach: operator sprzętu, kierowca, spawacz. W charakterystyce padaczki pojawia się termin inwalidztwo społeczne. Polega ono na kierowaniu chorych na rentę, pomimo braku takich wskazań. Dzieje się tak na skutek wadliwej postawy osób i instytucji orzekającej o inwalidztwie. Za wszelką cenę należy unikać sytuacji, w których wybór szkoły ograniczony jest nie tylko samą chorobą, lecz także zaniedbaniami w nauce.

Padaczka a małżeństwo

Nie ma powodu, by chorym na padaczkę odradzać zawieranie małżeństw i posiadania potomstwa. W każdym przypadku przed zawarciem małżeństwa przyszły współmałżonek musi być powiadomiony, że wstępuje w związek małżeński z osobą chorą. Korzystne jest przeprowadzenie rozmowy obojga przyszłych współmałżonków z lekarzem prowadzącym, podczas której można porozmawiać o przebiegu choroby i rokowaniu. Ryzyko urodzenia dziecka chorego na padaczkę, gdy jedno z rodziców choruje na tę chorobę, jest małe. Każda ciąża matki chorej na padaczkę musi być planowana celem uprzedniej weryfikacji leczenia na możliwie bezpieczne.

Doustne środki antykoncepcyjne mogą być nieskuteczne u chorych przyjmujących niektóre leki przeciwpadaczkowe. Ponieważ napady padaczkowe u matki są niekorzystne dla rozwoju płodu, nie wolno zaprzestać leczenia przeciwpadaczkowego w czasie ciąży. Ponad 90 proc. matek chorych na padaczkę rodzi zdrowe dzieci.

Literatura:

1. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo neurologiczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000.
2. Majkowski J.: Padaczka. PZWL, Warszawa 1986.
3. Majkowski J., Bułachowa L.: Padaczka, porady dla chorych. PZWL, Warszawa 1991.
4. Walda I., Członkowska A.: Neurologia kliniczna. PZWL, Warszawa 1987.
5. Zielinski J.: Padaczka. Przesady i rzeczywistość. PZWL, Warszawa 1979.

Małgorzata Opawska
pielęgniarka oddziałowa Oddziału Neurochirurgicznego w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu w Zgierzu

PRAWNIK RADZI

Informacja prawna dotycząca przymusu bezpośredniego stosowanego wobec osób z zaburzeniami psychicznymi

Zdarzają się sytuacje, gdy w swojej pracy pielęgniarka bądź lekarz muszą podjąć trudną decyzję o zastosowaniu wobec pacjenta z zaburzeniami psychicznymi tzw. przymusu bezpośredniego. Wymóg danej chwili z jednej strony, a konieczność zapewnienie pacjentowi jego podstawowych praw z drugiej powodują, że przypadki i procedura zastosowania przymusu bezpośredniego została szczegółowo uregulowana w przepisach prawnych. Powyższe przepisy to art. 18 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (DzU z dnia 20 października 1994 r.) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 r. w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (DzU z dnia 8 września 1995 r.).

Zgodnie z cytowaną regulacją istnieje możliwość zastosowania przymusu bezpośredniego w stosunku do osoby z zaburzeniami psychicznymi, gdy dopuszcza się ona zamachu przeciwko życiu/zdrowiu własnemu lub innej osoby, również gdy występuje przeciwko bezpieczeństwu powszechnemu, lub też w sposób gwałtowny niszczy lub uszkadza przedmioty znajdujące się w jej otoczeniu, a także gdy poważnie zakłóca lub uniemożliwia funkcjonowanie zakładu psychiatrycznego opieki zdrowotnej lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej. W takich właśnie sytuacjach zagrożenia, ustawa dopuszcza fizyczne ograniczenie swobody pacjenta. Przymus zastosowany wobec niego może bowiem przyjąć następujące formy: przytrzymanie pacjenta, przymusowe zastosowanie wobec niego leków, unieruchomienie go oraz jego izolacja. Te środki mogą być stosowane każde z osobna lub kilka razem, z zastrzeżeniem by osoba podejmująca decyzję o ich zastosowaniu, wybrała taki środek, który jest dla pacjenta najmniej uciążliwy, a przy jego zastosowaniu zachowała szczególną ostrożność i dbałość o jego dobro. Innymi słowy należy zawsze stosować środek najmniej drastyczny, którego zastosowanie będzie już wystarczające dla osiągnięcia pożądanego celu. Ponadto stosowanie przymusu jest ograniczone w czasie. Należy zawsze zaprzestać stosowanie środków przymusu, gdy ustanie przyczyna, dla której je zastosowano, na przykład jeżeli osoba była agresywna i z tego powodu została odizolowana, to wraz z momentem jej wyciszenia i uspokojenia powinna być przeniesiona z miejsca odizolowania. Co do zasady o zastosowaniu przymusu decyduje lekarz. To on określa rodzaj środka, który ma być powzięty, a także osobiście uczestniczy i nadzoruje jego wykonanie. Jednakże w szpitalach psychiatrycznych oraz jednostkach organizacyjnych pomocy społecznej, w przypadkach gdy w danym momencie nie jest po prostu możliwe uzyskanie decyzji od lekarza, może ją podjąć pielęgniarka. Wtedy to ona odpowiada i nadzoruje stosowanie środka w ramach przymusu bezpośredniego oraz jest obowiązana niezwłocznie, czyli najszybciej gdy to będzie możliwe, powiadomić o zaistniałej sytuacji lekarza.

Niezależnie od tego, czy przymus stosuje lekarz czy pielęgniarka jego zastosowanie pociąga za sobą pewne wymogi proceduralne. Po pierwsze zanim nastąpi przytrzymanie pacjenta, przymusowe podanie leków, unieruchomienie lub izolacja musi on zostać o tym uprzedzony. Musi mu więc być wyraźnie zakomunikowane, że za chwilę zostanie wobec niego użyty przymus bezpośredni, ze wskazaniem, o który z wymienionych środków chodzi.

Każdorazowo również, zastosowanie przymusu musi zostać odnotowane w dokumentacji. Dodatkowo, co bardzo istotne, w przypadku stosowania unieruchomienia lub izolacji należy założyć dodatkową kartę stosowania tego środka. Jest to ważne, ponieważ środki te, jako najbardziej ingerujące w sferę swobody pacjenta są czasowo ograniczone przez ustawę oraz wymagają szczegółowego uzasadnienia. Unieruchomienie lub izolacja, w ramach pierwszego

zlecenia nie mogą trwać dłużej niż 4 godziny. Wyjątkowo, gdy wymaga tego sytuacja środki te mogą być przedłużone na dalsze okresy 6-godzinne. O tym decyduje lekarz po uprzednim osobistym zbadaniu pacjenta. W wypadkach, gdy takie badanie nie może się odbyć, w domu pomocy społecznej decyzję o przedłużeniu stosowania środka podejmuje pielęgniarka. O zleceniach przedłużenia dwóch spośród czterech środków, tj. unieruchomienia lub izolacji czyni się zapis w specjalnie do tego założonej karcie wraz z podaniem uzasadnienia tych decyzji. Oprócz tego w karcie podawane jest nazwisko pacjenta, numer historii choroby, rodzaj środka, data i godzina rozpoczęcia jego stosowania, data i godzina przedłużenia oraz data i godzina jego zakończenia. Ponadto w karcie musi znaleźć się informacja o uprzedzeniu pacjenta o zamiarze zastosowania wobec niego przymusu bezpośredniego oraz czytelny podpis i pieczęć osoby zlecającej oraz osoby przedłużającej środek. Każdorazowo, gdy o przymusie decyduje pielęgniarka to ona również uzupełnia w niezbędnym zakresie dokumentację medyczną, oraz czyni adnotację o fakcie powiadomienie lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego. Informację o zastosowaniu przymusu pielęgniarka zamieszcza w raporcie pielęgniarskim. Wzór karty zastosowania przymusu bezpośredniego stanowi załącznik nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 23 sierpnia 1995 roku w sprawie sposobu stosowania przymusu bezpośredniego (Dz. U. z dnia 8 września 1995r.).

Poza powyższym, Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej definiuje nam na czym polegają poszczególne rodzaje przymusu bezpośredniego. I tak, zgodnie z tym Rozporządzeniem przytrzymanie to doraźne, krótkotrwałe unieruchomieniem osoby z użyciem siły fizycznej, przymusowe zastosowanie leków jest doraźnym lub przewidzianym w planie postępowania leczniczego wprowadzeniem leków do organizmu osoby – bez jej zgody, unieruchomienie zaś to dłużej trwające obez władanie osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł lub kaftana bezpieczeństwa, natomiast izolacja polega na umieszczeniu osoby, pojedynczo, w zamkniętym pomieszczeniu.

W praktyce może pojawiać się jednakże wątpliwość w jakim momencie mamy już do czynienia z zastosowaniem przymusu bezpośredniego a w jakim czynności podjęte wobec pacjenta tym przymusem jeszcze nie są. Udzielenie odpowiedzi na postawiony problem jest niezmiernie trudne, przede wszystkim ze względu na fakt, że każda realna sytuacja jest inna, co wymaga podejmowania przez personel medyczny bardzo trudnych decyzji w krótkim czasie. Można jednak wskazać kilka cech, dzięki którym uda się lepiej rozpoznać, że następuje stosowanie wobec pacjenta przymusu bezpośredniego ze wszystkimi tego konsekwencjami, o których było powyżej.

Po pierwsze przymus stosowany jest wobec osoby z zaburzeniami psychicznymi i tylko w przypadkach nagłych a także w związku z nieracjonalnymi zachowaniami tych osób, powodujących zagrożenie życia, zdrowia, bezpieczeństwa, mienia czy też porządku. Należy w tym miejscu dodać, że chodzi zarówno o zagrożenie życia lub zdrowia samego pacjenta jak również innych osób z jego otoczenia – innych pacjentów, personelu medycznego, osób postronnych. Zagrożenia tego nie należy jednak upatrywać tylko w zachowaniu samego pacjenta, ale również w niemożności podania takiemu pacjentowi lekarstw lub podjęcia akcji ratującej mu życie, o ile nie zostanie zastosowany wobec niego przymus. Ponadto należy uznać, że każda czynność wykonana wobec pacjenta, która angażuje wysiłek fizyczny, użyty w celu przytrzymania, zastosowania leków, unieruchomienia czy wreszcie izolacji powinna być zakwalifikowana jako przymus bezpośredni. Oczywiście czasami przymus ten przybiera krótkotrwałą formę, sprowadzającą się na przykład tylko do lekkiego przytrzymania ręki pacjenta w celu dokonania zastrzyku czy zmierzenia tętna. Jest to już stosowanie przymusu, gdy pacjent sam nie chce bądź ze względu na stan psychiczny nie może ręki samodzielnie utrzymać w wymaganej pozycji. Uznać więc należy, że nawet najdrobniejsze działania personelu w postaci lekkiego przytrzymania, skierowania ciała pacjenta w odpowiednim

kierunku, przytrzymanie twarzy w celu podania leku jest już zastosowaniem przymusu bezpośredniego. Jednakże ustawa o ochronie zdrowia psychicznego oraz akt wykonawczy do niej wyróżniają w szczególności unieruchomienie i izolację jako te formy przymusu, które wymagają szczególnego postępowania, w tym także w zakresie stosowania odpowiedniej dokumentacji medycznej. Oznacza to, że w pozostałych przypadkach należy zachowywać ogólne reguły omawianego postępowania, czyli przede wszystkim każdorazowo mieć wzgląd na dobro osoby wobec której stosuje się przymus, współmierność środka do sytuacji i zaprzestanie jego stosowania niezwłocznie po ustaniu przyczyn jego zastosowania.

radca prawny Marta Szymczak

SERWIS INFORMACYJNY

Wybory na V kadencję

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w dniu 9 stycznia 2007 roku zarządziła wybory delegatów V kadencji na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych.

W związku z powyższym Okręgowa Rada powołała Okręgową Komisję Wyborczą i zatwierdziła regulamin jej działania oraz zatwierdziła regulamin wyboru delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych V kadencji.

Określono następujący terminarz wyboru delegatów na Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych V kadencji:

- przygotowanie projektu podziału na rejony wyborcze, do dnia 28.02.2007 roku,
- przygotowanie rejestru wyborców w poszczególnych rejonach do dnia 28.02.2007 roku (lista osób wpisanych do rejestru OIPiP, którym przysługuje czynne prawo wyborcze wg stanu na dzień 01.02.2007 roku),
- przeprowadzenie wyborów w rejonach wyborczych, najpóźniej do dnia 15 lipca 2007 roku.

Ponadto ustalono wskaźnik wyboru 1 delegata na 70 osób uprawnionych do głosowania. Regulaminy oraz podział na rejony wyborcze dostępne są na stronie internetowej OIPiP: www.oipp.lodz.pl

UWAGA! Wykaz zatwierdzonych rejonów wyborczych i listy wyborców dostępne będą w siedzibie zakładu rejonu wyborczego, w którym odbywać się będą wybory lub biurze OIPiP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17.

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia

ORPiP w dniu 9 stycznia 2007 roku

- ☉ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych – 9 pielęgniarkom i 4 położnym.
- ☉ Zatwierdzono wymianę prawa wykonywania zawodu – 1 pielęgniarcze.
- ☉ Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarsza.
- ☉ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
- ☉ Wykreślono z rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 1 praktykę pielęgniarki, zgodnie z wnioskiem – rezygnacja.
- ☉ Podjęto decyzje dotyczące przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat – 1 pielęgniarcze skrócono okres przeszkolenia.
- ☉ Zatwierdzono zmianę treści wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – zgłoszone przez WCZP w Poznaniu zmiany danych objętych wpisem do rejestru.
- ☉ Przyznano finansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: kursie specjalistycznym – 6 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 15 osobom. Jednej osobie odmówiono, ze względu na regulaminowych – wniosek nie kompletny i nie uzupełniony po pisemnym wezwaniu do jego uzupełnienia w oznaczonym terminie.
- ☉ Przyznano 1 nagrodę finansową za ukończenie studiów magisterskich – kierunek pielęgniarstwo z oceną bardzo doby.
- ☉ Podjęto decyzje dotyczące wyborów delegatów V kadencji na OZPiP, m.in.: zarządzono wybory delegatów na OZPiP, powołano Okręgową Komisję Wyborczą i zatwierdzono regulamin jej działania, zatwierdzono regulamin wyborów delegatów na OZPiP V kadencji.
- ☉ Zatwierdzono:
 - koszty udziału 10 przedstawicielom OIPiP w:
 - I Ogólnopolskim Zjeździe dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek naczelnych i przełożonych „Perspektywy zarządzania i rozwoju pielęgniarstwa w aspekcie światowych standardów zawodowych” w Solinie w terminie 26.02 – 11.03.2007 roku,
 - konferencji dla kadry kierowniczej ZOZ „Zasoby ludzkie. Efektywne zarządzanie w ochronie zdrowia. Prawo pracy i wartościowanie stanowisk pracy – aspekty praktyczne” w Zakopanem, w terminie 11-14.02.2007 roku,
 - konferencji dla kadry kierowniczej personelu pielęgniarstwa „Pielęgniarstwo w Polsce i krajach Unii Europejskiej. Systemy jakości w pielęgniarstwie. Psychologiczne aspekty pracy personelu medycznego” w Zakopanem, w terminie 01-04.02.2007 roku,
 - koszty nagród rzeczowych dla absolwentów studiów magisterskich i licencjackich na kierunku pielęgniarstwa i położnictwa na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi w roku 2006 (wyróżnieni za osiągnięte wyniki w nauce).
 - zakresy obowiązków, odpowiedzialności i uprawnień pielęgniarki/położnej i pielęgniarki/położnej oddziałowej stacjonarnej opieki zdrowotnej (zakresy dostępne na stronie internetowej i w dziale merytorycznym OIPiP).
 - zmiany zastępcy pełnomocnika w rejonie wyborczym – DPS w Wojszycach.
- ☉ Wytypowano przedstawiciela OIPiP do składu komisji kwalifikacyjnych w WCZP – filii w Piotrkowie Tryb. dla kursu specjalistycznego w zakresie: Szczepień ochronnych i Wykonywania i interpretacji zapisu elektrokardiograficznego.
- ☉ Powołano składy osobowe komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: ordynatora, pielęgniarki naczelnej, przełożonej i pielęgniarek oddziałowych.

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi informuje że planuje w ramach kształcenia podyplomowego uruchomienie w 2007 roku następujących kursów dla pielęgniarek i położnych:

1. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących dla pielęgniarek – tryb mieszany. Planowany termin rozpoczęcia: 13.04– 26.10.2007 roku z przerwą wakacyjną.
2. Kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa opieki długoterminowej dla pielęgniarek – tryb mieszany. Planowany termin rozpoczęcia: 13.04 – 26.10.2007 roku z przerwą wakacyjną.
3. Kurs specjalistyczny: Resuscytacja krążeniowo-oddechowa dla pielęgniarek i położnych – tryb mieszany. Planowane terminy: 26.02 – 30.03.2007 roku, 10.04 – 18.05.2007 roku, 07.05 – 22.06.2007 roku, 09.11 – 14.12.2007 roku.
4. Kurs specjalistyczny: Leczenie ran dla pielęgniarek dla pielęgniarek – tryb mieszany. Planowany termin 24.03 – 9.06.2007 roku.
5. Podstawy opieki paliatywnej dla pielęgniarek – tryb mieszany. Planowany termin kursu: 03.09 – 18.10.2007 roku.
6. Kurs specjalistyczny: Terapia bólu dla pielęgniarek i położnych. Planowany termin rozpoczęcia kursu 28.03 – 06.04.2007 roku.

Wszystkie osoby zainteresowane prosimy o dostarczenie wypełnionej karty zgłoszeń na kursy, druki kart można uzyskać w siedzibie Izby bądź na stronie internetowej www.oipp.lodz.pl Dodatkowych informacji udziela pani mgr Krystyna Walewska pod numerem telefonu 042 639 92 62 w godzinach pracy biura. Wszystkie plany szczegółowe znajdują się na stronie internetowej OIPIiP www.oipp.lodz.pl

Zespół terapeutyczny – lekarz i pielęgniarka, położna

Każdy pacjent, który trafia do szpitala chce być otoczony „dobrą” opieką. Dla jej zapewnienia w każdym szpitalu istnieje zespół terapeutyczny. Podstawę jego składu stanowią lekarze, pielęgniarki i położne, którzy muszą ze sobą zgodnie współpracować dla dobra pacjenta. Jak ta współpraca wygląda? Bywa różnie. Najczęściej jednak współpraca jest nienajlepsza. Dlaczego? Ponieważ relacje między lekarzami a pielęgniarkami, położnymi pozostawiają wiele do życzenia.

Ryba psuje się od głowy więc zacznijmy od ordynatorów. To oni są osobami, z których biorą przykład lekarze pracujący w oddziale. Jaki przykład daje kierownik jeśli nie ma odrobiny szacunku dla pracujących w jego oddziale pielęgniarek, położnych? Jak często uważa nas za niedouczzone, a wręcz głupie osoby, chociaż często mamy już wyższe wykształcenie i o pacjentach przebywających w oddziale wiemy więcej niż on. Wiemy dlaczego diagnostyka i leczenie chorego nie przebiegają prawidłowo, ponieważ znamy pacjenta. Cóż z tego jeśli on nie uważa za stosowne nas słuchać.

Ordynator, a za jego przykładem inni lekarze usiłują wymóc na nas, abyśmy im usługiwały. Jak często na obchodzie prosi o podanie rękawic, które leżą przed nim na stoliku lub wózku, albo papierowego ręcznika do wytarcia rąk, które łaskawie umyje, ale wyjąć papieru z dozownika już nie potrafi. Niestety są wśród nas osoby, które mu chętnie usługują. „Udzielny książę” wymaga, aby zwracać się do niego: profesorze, docencie, adiunkcie, asystencie, doktorze. Niestety my dla niego nie jesteśmy doktorami, magistrami, pielęgniarkami czy położnymi tylko siostrami lub w porywach akuszerkami. „Za grosz dobrego wychowania”. Inni lekarze to chętnie przejmują. Jeśli „szef” tak mówi to tak jest. Jak często przeciw temu protestujemy? Bardzo rzadko, albo wcale.

Przypominam sobie czasy, kiedy prosto po szkole trafiłam do pracy w małym szpitalu. Młoda, mająca małe doświadczenie osoba, do której lekarze w obecności pacjenta mówili pani położna. Potrafili rozróżnić, które osoby były pielęgniarkami, a które położnymi i nigdy się nie pomylili. To jak zwracaliśmy się do siebie poza pracą było naszą prywatną sprawą. W pracy jednak zawsze zwracaliśmy się do siebie z szacunkiem i obowiązywało to w obie strony.

Teraz czasy się zmieniają chyba na gorsze, ponieważ po kilkunastu latach pracy ciągle muszę uczyć lekarzy odpowiedniego zachowania. Niestety zły przykład czerpią od ordynatorów. Często lekarze usiłują udowodnić „głupim” pielęgniarkom lub położnym, że mają rację. „Nie daj Boże” zwrócić im uwagę, że dany pacjent źle się czuje, że ma niekorzystne dla zdrowia objawy, że w przypadku danego pacjenta leczenie nie skutkuje i chory czuje się źle. Zrobią wszystko, żeby tylko nie przyznać się do złej decyzji. Mnie to ani „ziębi ani parzy” jak lekarz „głupi” to trudno, ale cierpi na tym pacjent, który odczuwa ból, którego rana dłużej się goi, którego stan zdrowia pogarsza się, który musi dłużej przebywać w szpitalu. Czy powinno tak być?

Wiele naszych koleżanek i kolegów często młodych boi się obudzić śpiącego lekarza, który mimo, że powinien pozostawać w gotowości do pracy śpi „w najlepsze”. Obudzony potrafi ich „zrugać” za konieczność wyjaśnienia ich wątpliwości lub zajęcie się leczeniem pacjenta. Osobiście lub telefonicznie obudzony lekarz często nie reaguje na prośbę tylko „rzuca” zlecenia ustnie nie zamierzając ich wpisać w kartę zleceń, nie oglądając pacjenta. Jeśli przychodzi, to wpisuje zlecenia w taki sposób, aby były uciążliwe nie tylko dla osoby wzywającej go, ale również dla pacjenta, który ma nieprzespaną noc, ponieważ np. lekarz zlecił kontrolę ciśnienia co kwadrans lub pobieranie krwi na badania co godzinę. Na dodatek lekarz wcale nie jest zainteresowany wynikami tych badań. To pielęgniarka lub położna ma ocenić czy są prawidłowe. Nic bardziej błędnego! Nam do oceny stanu pacjenta nie są

potrzebne zbędne badania. Jeśli lekarz je zleca niech za każdym razem zapozna się z ich wynikami.

Karty Zleceń Lekarskich to kolejny zgrzyt we współpracy na linii lekarz-pielęgniarka, położna. Czytanie ich przynosi naprawdę dużo „radości”. Często zlecenia w kartach zleceń wpisywane są nieczytelnie, bez oznaczenia drogi podania leku, jego dawki, niejednokrotnie takiej, która jest groźna dla życia chorego. Jak dużym problemem jest postawienie na nich pieczątki i podpisanie się przez lekarza to już wszyscy wiemy. Tusz jest niebotycznie drogi, pieczątką się zużywa (nowa kosztuje), a od podpisu można rękę nadwyrężyć.

Ileż to razy lekarz wpisuje zlecenia dotyczące pielęgnacji zapominając o wpisaniu tych, które dotyczą diagnostyki i leczenia. Nam do postawienia diagnozy pielęgniarstwie nie są potrzebne specjalistyczne badania i konsultacje. Planując opiekę nad pacjentem wiemy co mamy robić i lekarze nie muszą nam tego ordynować, natomiast chcemy poznać ich zlecenia potrzebne do diagnostyki i leczenia pacjenta. Jak często lekarz nie potrafiąc „odcyfrować” pisma kolegów nie zleca kontynuacji leków np. antybiotyków? Czy mamy ich za każdym razem pilnować? Przecież to nie do nas należy leczenie. Często dla zdrowia pacjenta musimy zwracać uwagę na długość leczenia pacjenta, ponieważ nawet kiedy dane leki są już pacjentowi niepotrzebne „dyżurant” bezmyślnie je przedłuża w karcie zleceń, bo ktoś wcześniej je wpisał.

Osobną sprawą jest informowanie pacjentów o zaleconym leczeniu. Często dopiero kiedy pielęgniarka lub położna ma wykonać dany zabieg lub podać lek chory dowiadyuje się, że lekarz tak go chce leczyć. Przecież to pacjent jeśli jest przytomny musi wyrazić zgodę na proponowany sposób leczenia. To my jesteśmy zasypywani z jego strony pytaniami: Dlaczego dostaje taki lek?, Jak on działa?, Jakie są jego skutki uboczne?, Dlaczego lekarz mu o tym nie powiedział? Podobnie dzieje się z wynikami badań diagnostycznych. Zawsze pada pytanie: Czy mam dobre wyniki? To właśnie lekarz powinien pacjenta o tym powiadomić. Innym problemem jest informowanie położnic bezpośrednio po porodzie o stanie ich dzieci. Jeśli noworodek wymaga specjalistycznego leczenia w innym oddziale, to nie położna ma taką wiadomość przekazywać matce. O informację ze strony lekarza nie można się doprosić, a matki przeżywają straszne chwile obawy o stan zdrowia i życie dziecka. Czasem nawet o zgonie dziecka dowiadują się dużo później i to nie od lekarza, a od męża czy osób drugih. Jak to można nazwać? Nie będę tego komentować.

Dużym problemem są w każdym oddziale stażyści. Wysła się ich w oddział nie po to, aby zbadali pacjenta, ale po to, aby wpisali zlecenia. Co ma zrobić „świeżo upieczony” lekarz, żeby nie denerwować „nadzorcy”? Zadaje pielęgniarce lub położnej pytanie: Co standardowo w tym oddziale wpisuje się pacjentowi?

Czy my pracujemy w informacji? Czy do nas należy zastanawianie się nad leczeniem pacjenta? Czy my mamy uczyć młodych lekarzy ich zawodu? Nie za to nam płacą. To przykre, że często musimy to robić.

Gdzie są te „dobre czasy” kiedy każdy „nowy” adept w zawodzie lekarza, pielęgniarki, położnej był pod opieką lekarza z większym doświadczeniem. Lekarz ten służył pomocą, podpowiedzią, czy nawet umożliwiał sprawdzenie i przećwiczenie pewnych umiejętności. Czuł się odpowiedzialny za „nowe” podległe mu osoby.

Teraz każdy kształci się tak jak potrafi, a jeśli mu się uda korzysta z czyjejś pomocy i to się nazywa zespół terapeutyczny. Brak w nim nie tylko przepływu informacji, ale także ustalonych zasad współpracy, nie wspomnę już o odpowiedzialności za to co się robi.

To co opisałam to tylko małe fragmenty problemów. Może ktoś chce opisać inne? Może są osoby, które mają lepsze doświadczenia we współpracy, a może gorsze? Zastanówmy się przez chwilę Kto tak naprawdę jest odpowiedzialny za stworzenie właściwego klimatu i stosunku współpracy w zespole terapeutycznym? Lekarze i my? Może ordynator i nasza kadra kierownicza? A może dyrekcja?

Proszę o odpowiedź na łamach „Biuletynu”.

Imię i nazwisko zastrzeżone do wiadomości redakcji