

# Z teorii pielęgniarstwa

Pomagający wykonuje to, czego ten, komu pomaga, nie może zrobić sam lub z czym nie radzi sobie w pełni, okazując mu pełny szacunek i podejmując także działania, jakie są dla niego niezbędne do odzyskania samodzielności.

D. Orem

Współczesny powrót do uznawania znaczenia wewnętrznego siebie, własnych wewnętrznych źródeł, uznawania duchowości, a także potrzeby integracji umysłu, ciała i duszy, ma również znaczenie w uwalnianiu człowieka od różnych chorób oraz od cierpienia towarzyszącego dysharmonii pomiędzy umysłem, ciałem i duszą człowieka.

J. Watson

## W N U M E R Z E:

Biuletyn 10/2009

1 października 2009 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

2 ....Serwis informacyjny

### Prawnik radzi

- 6.....Sprawozdanie z seminarium „Gender i opieka w reformie ochrony zdrowia. Perspektywa pielęgniarek i położnych.”  
Edyta Knap

### Sprawozdania z konferencji:

- 7.....**24 Kongres Międzynarodowej Rady Pielęgniarek**  
Dorota Kilańska

### Spotkania z rzecznikiem

- 11 ....**Nietrzeźwy pracownik w miejscu pracy. Uprawnienia pracodawcy.**  
Edyta Knap

12 ....**Alkoholizm – fazy choroby**

- 14 ....**Odwaga w obliczu uzależnienia**  
Marianna Król

### Rozstrzygnięcie konkursu cd.

„Autorytet pielęgniarki i położnej – blaski i cienie”:

- 18 ....**0 pracy inaczej**  
20 ....**Ja podam choremu basen, Ty nie zoperujesz wyrostka**  
22 ....**Przywileje są zarezerwowane dla obywateli z sektorów**

### Okiem psychologa

- 24 ....**Poczucie koherencji u pielęgniarek**  
Jolanta Kałużna

25 .... Podziękowania

### Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna:

- 26 ....**Jaskra – wyzwanie dla współczesnej medycyny**  
Justyna Dziedzic

- 29 ....**Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego  
Pomiędzy normą psychiczną a patologią**  
Grażyna Korybut

32 ....**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.

**Skład:** OIPIP – Agnieszka Wypych

**Druk:** BiK – M. Bernaciak

91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16

## Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia Prezydium ORPiP w dniu 19 sierpnia 2009 roku

- > Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek – 29 pielęgniarkom.
- > Zatwierdzono wymianę zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu – 2 pielęgniarkom i 1 położnej.
- > Wpisano na listę członków OIPIP w Łodzi – 8 pielęgniarek i 4 położne.
- > Skreślono z listy członków OIPIP w Łodzi – 4 pielęgniarki i 5 położnych.
- > Podjęto 3 uchwały dotyczące rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.
- > Podjęto decyzję o skróceniu przeszkolenia po przebiegu w wykonywaniu zawodu – 3 pielęgniarkom.
- > Przyznano zapomogi losowe, bezzwrotne w kwocie: 1500 zł – 5 osobom, 1000 zł – 1 osobie.
- > Przyznano dofinansowania w: kursach kwalifikacyjnych: 137 osobom, kursach specjalistycznych: 5 osobom, studiach podyplomowych: 2 osobom, konferencji: 8 osobom.

Ze względów regulaminowych odmówiono dofinansowania 2 osobom – wnioski złożone po terminie.

> Powołano składy komisji konkursowej na stanowiska pielęgniarek oddziałowych w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Skłodowskiej-Curie w Zgierzu: Oddział Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Farmakologii Klinicznej, Oddział Gastroenterologii, Oddział Okulistyki, Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym, Oddział Neurochirurgii, Oddział Neonatologii i Patologii Noworodka, Oddział Pediatrii z Izłą Przyjęć, Oddział Ginekologiczno-Położniczy.

> Powołano skład komisji ds. porównania programów kształcenia w procesie uznawania kwalifikacji pielęgniarki, obywatelki państwa członkowskiego Unii Europejskiej.

> Zatwierdzono zakup nowości dla potrzeb Biblioteki OIPIP w Łodzi. ■

oprac. Anna Manes – sekretarz ORPiP w Łodzi

## Warsztaty dla pielęgniarek i położnych

### Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych zaprasza pielęgniarki i położne na warsztaty edukacyjne.:

W programie warsztatów m.in:

- **Prawidłowa obserwacja i ocena rozwoju psycho-ruchowego noworodka**
- **Suchość pochwy i inne zaburzenia środowiska pochwy u kobiety w różnym wieku. Postępowanie alternatywne do terapii hormonalnej**

Warsztaty odbędą się w dniu 28 października 2009 roku na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17, w godzinach 10.30-13.30 (II piętro – duża sala). Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę poprzedzonych informacją telefoniczną) należy dostarczyć do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17. Liczba miejsc ograniczona. Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu, skrypty tematyczne oraz interesujące materiały promocyjne.



### „Glikemia po posiłkowa”

Warsztaty odbędą się w dniu 4 listopada 2009 roku na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17 w godzinach 14.15-16.00 (II piętro-duża sala). Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych ul. Piotrkowska 17. Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu, skrypty tematyczne oraz interesujące materiały promocyjne. ■

# Wcześniejsze emerytury dla pielęgniarek?

Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej  
Agnieszka Chłoń-Domińczak  
Podsekretarz Stanu

Warszawa lipca 2009 roku

Pani Elżbieta Buczkowska  
Prezes Naczelnej Rady  
Pielęgniarek i Położnych

Szanowna Pani Prezes,

W odpowiedzi na pisma Pani Prezes z dnia 5 czerwca 2009 r., znak: NIPiP/NRPIJDMJ0055/73/09 i NIPiP/NRPIJDM/0055/1 76J09, zawierające postulat zmiany ustawodawstwa w kierunku umożliwienia pielęgniarkom przechodzenia na emeryturę po ukończeniu wieku 55 lat i przepracowaniu 35 lat oraz o zaliczenia określonych prac wykonywanych przez pielęgniarki do wykazu prac o szczególnym charakterze, uprzejmie wyjaśniam, co następuje:

W dniu 1 stycznia 2009 roku weszła w życie ustawa z dnia 19 grudnia 2008 roku o emeryturach pomostowych (Dz. U. z 2008 r. Nr 237. poz. 1656). W ten sposób został zrealizowany ostatni etap, rozpoczętej przed dziesięcioma laty, reformy polskiego systemu emerytalno-rentowego.

Jednym z generalnych założeń tej reformy, przyjętych jeszcze w 1998 roku i sformułowanych w przepisach ustawy z dnia 17 grudnia 1998 roku o emeryturach i rentach z Funduszu Ubezpieczeń Społecznych (Dz. U. z 2004 r. Nr 39, poz. 353. z późn. zm.), było wprowadzenie jednolitego wieku emerytalnego (65 lat dla mężczyzn i 60 lat dla kobiet). Przyjęta wówczas i zapisana jako norma ustawowa zasada, że powszechny wiek emerytalny w Polsce wynosi odpowiednio: 65 i 60 lat jest w pełni uzasadniona. Przemawiają za tym względy zarówno demograficzne jak i gospodarcze.

Od siedmiu lat w Polsce występuje ubytek rzeczywistej ludności. Wskutek niskiego przyrostu naturalnego oraz ujemnego salda migracji zagranicznych liczba ludności Polski zmniejsza się. Zjawisku temu towarzyszy niekorzystna zmiana struktury demograficznej naszego społeczeństwa.

Trwającemu od kilkunastu lat spadkowi dzietności towarzyszy wydłużanie się czasu trwania życia Polaków. Malejący przyrost naturalny i wzrastająca długość życia powodują starzenie się naszej ludności. Spada liczba osób w wieku produkcyjnym. Ich odsetek w populacji obniżył się z 64 proc. w 2008 roku do 50,4 proc. w 2050 roku, co przełoży się na znaczący wzrost współczynnika obciążenia demograficznego (z 56 osób w 2011 roku do 98 w 2050 roku). Zmiany te, o ile nie będzie towarzyszył im znaczący wzrost zatrudnienia (w szczególności osób starszych), bardzo szybko mogą doprowadzić do spadku liczby osób pracujących oraz dynamicznego wzrostu liczby osób korzystających z różnego typu świadczeń z systemu pomocy i zabezpieczenia społecznego. W efekcie będzie rosła presja na system podatkowy i finanse publiczne, co doprowadzić może do wzrostu kosztów pracy, fiskalizmu oraz spadku potencjału gospodarczego.

Te niekorzystne zmiany demograficzne wpływają bezpośrednio na sytuację w systemie ubezpieczenia społecznego. Pogarsza się relacja liczby osób opłacających składki na ubezpieczenie społeczne do liczby pobierających emerytury i renty, co wpływa na pogłębianie się deficytu Funduszu Ubezpieczeń Społecznych. Należy także pamiętać, że jedną z głównych zasad zreformowanego w 1999 r. systemu ubezpieczeń społecznych jest zasada równego traktowania wszystkich ubezpieczonych, płacących jednakową składkę na ubezpieczenie emerytalne.

Respektowanie tej zasady oznacza ujednoczenie warunków przyznawania i obliczania świadczeń. W powszechnym systemie emerytalnym oznacza to, iż świadczenia emerytalne wszystkich ubezpieczonych, którzy płacili taką samą składkę, będą jednakowe.

Mając powyższe na względzie, należy stwierdzić, że zgłoszony w piśmie postulat zmiany ustawodawstwa w kierunku umożliwienia pielęgniarkom przechodzenia na emeryturę po ukończeniu wieku 55 lat i przepracowaniu co najmniej 35 lat, jako sprzeczny z celami reformy ubezpieczeń społecznych i nie uwzględniający pogarszającej się sytuacji demograficznej, nie może zostać zrealizowany.

Odnosząc się z kolei do postulatu zaliczenia określonych prac wykonywanych przez pielęgniarki do wykazu prac o szczególnym charakterze, pragnę podkreślić, że przy tworzeniu przez ekspertów z zakresu medycyny pracy i ochrony pracy wykazu prac o szczególnym charakterze, stanowiącego załącznik nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych, obowiązywała zasada, iż wykaz ten ma obejmować wszystkie rodzaje prac, które spełniają ustawowe kryteria pracy o szczególnym charakterze. Ta zasada w całej pełni obowiązywała również przy analizowaniu prac wykonywanych przez pielęgniarki. W takim razie za prace wykonywane przez pielęgniarki, które spełniają przyjęte w art. 3 ust. 3 ustawy o emeryturach pomostowych kryteria pracy o szczególnym charakterze, można uznać jedynie te prace, które mogą być zaliczone do rodzajów prac wymienionych w pkt 22 – 24 załącznika nr 2 do ustawy o emeryturach pomostowych, a więc:

– prac personelu sprawującego opiekę nad mieszkańcami domów pomocy społecznej dla przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych intelektualnie dzieci i młodzieży lub dorosłych, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728, z póź. zm),

– prac personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentami, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz.U. z 1994 r. Nr 111, poz. 535, z póź. zm.),

– prac personelu medycznego w zespołach operacyjnych dyscyplin zabiegowych i anestezjologii w warunkach ostrego dyżuru. ■

Z szacunkiem  
Sekretarz Stanu  
Jarosław Duda

---

## **Opinia konsultanta krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa epidemiologicznego w sprawie ryzyka przenoszenia zakażeń przez personel medyczny noszący sztuczne paznokcie tzw. tipsy w pracy w kontakcie z pacjentem**

W prewencji zakażeń szpitalnych podstawowe znaczenie ma prawidłowa higiena rąk.

Powszechnie uznano fakt transmisji drobnoustrojów poprzez ręce personelu medycznego oraz istotę prawidłowej dekontaminacji skóry rąk jako najlepszej i najtańszej metody zapobiegania zakażeniom szpitalnym.

Nie ma obecnie przepisów prawnych zabraniających noszenia sztucznych paznokci tzw. tipsów przez pracowników zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej.

Jednak doświadczenie epidemiologiczne wielu ośrodków i doniesienia ekspertów wskazują, że sztuczne paznokcie tzw. tipsy mogą być niebezpieczne dla chorych i odgrywać negatywną rolę w rozprzestrzenianiu zakażeń szpitalnych, dlatego ich noszenie jest niewskazane.

Podobnie niebezpieczne w aspekcie powstawania zakażeń jest noszenie w trakcie pracy biżuterii (szczególnie na oddziałach szpitalnych i blokach operacyjnych). Przypominam, że jednym z elementów wymienionych w in-

strukcjach i procedurach mycia rąk jest higiena paznokci, brak biżuterii oraz zakaz malowania paznokci.

Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej są zobowiązani do wyeliminowania wszelkich wektorów przenoszenia zakażeń, w tym poprzez ręce, wdrażając odpowiednie procedury postępowania. ■

Konsultant Krajowy w dziedzinie  
Pielęgniarstwa Epidemiologicznego  
mgr Beata Ochocka

# LIST OTWARTY

## Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych W SPRAWIE DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

Szanowni Państwo,

Jako prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych stanowczo muszę wypowiedzieć się w sprawie sytuacji mieszkańców domów pomocy społecznej, osób przewlekle chorych, niepełnosprawnych i niezdolnych do samodzielnego życia. Na stronach oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia dla świadczeniodawców POZ zostały zamieszczone komunikaty o wstrzymaniu rozpatrywania nowych wniosków o zawarcie umów w zakresie pielęgniarskiej opieki środowiskowej, finansowanej metodą zadaniową. Stwierdzam z pełnym przekonaniem, że podjęcie takiej decyzji godzi nie tylko w interes pacjentów, ale również stanowi przykład niestabilnego stanowiska Narodowego Funduszu Zdrowia wobec nowych podmiotów gospodarczych (świadczeniodawców). Jest przy tym przykładem bezpodstawnego naruszenia zasady zawierania umów o świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

Odmowa zawierania umów przez NFZ na pielęgniarską opiekę środowiskową (co przecież odbywa się przy akceptacji Ministra Zdrowia) przynosi konkretną szkodę pacjentom z wymienionych grup. Przyczynia się także do postępującej destrukcji opieki zdrowotnej, którą państwo powinno zapewnić obywatelom, i stopniowo eliminuje pielęgniarki jako podmioty gospodarcze w podstawowej opiece zdrowotnej. Usunięcie kadry pielęgniarskiej z DPS-ów, czyli z miejsca zamieszkania pacjentów, pociągnie za sobą nieodwracalne skutki zdrowotne i znacząco podroży koszty leczenia szpitalnego w każdym przypadku zaniedbań. Zaniedbania najczęściej będą skutkiem braku profesjonalnie przygotowanej kadry pielęgniarskiej, która powinna wykonywać świadczenia zdrowotne, opiekuńcze i rehabilitacyjne zgodnie z potrzebami zdrowotnymi.

Stała opieka pielęgniarska jest nie tylko tańszą formą zabezpieczenia zdrowotnego, ale najbliższą człowiekowi i najbardziej ludzką.

Należy zauważyć, że jest liczna grupa pielęgniarek i położnych, które zarejestrowały własne firmy. Zachęcane, nierzadko wręcz zmuszane do podjęcia działalności gospodarczej i pracy na własny rachunek ponosiły niemałe nakłady finansowe, zrezygnowały z pracy na etacie. Są przygotowane, aby wykonywać zawód w różnych formach organizacyjno-prawnych na rzecz mieszkańców DPS.

Decyzja Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiona w komunikatach zamyka im drogę do wykonywania zawodu, pozbawia środków utrzymania. Oburza, ponieważ pogwałca wiążące ustalenia. Trudno potraktować to inaczej, niż jako przejaw dyskryminacji pielęgniarek, jakich zresztą obserwujemy coraz więcej. Powinno to być przedmiotem dyskusji społecznej i parlamentarnej, a także rozmów z rządem.

Zwracam się do wszystkich organów władzy publicznej: Premiera Rządu RP, wojewodów, organów samorządu terytorialnego: marszałków województw, prezydentów i burmistrzów miast, starostów i wójtów. Skończmy z naiwną wiarą, że państwo gwarantuje bezpieczeństwo zdrowotne obywateli i równy dostęp do opieki zdrowotnej. Powstrzymajmy falę prywaty, politykę podporządkowującą doraźnym interesom żywotne decyzje dotyczące zdrowia obywateli.

Kto zyskał na permanentnych reformach ministrów? Na pewno nie pacjent – szczególnie przewlekle chory, niezdolny do samodzielnego życia, stary i niepełnosprawny. Nie zyskały też pielęgniarki i położne jako grupa zawodowa. Wręcz przeciwnie, dyskryminuje się je za przedsiębiorczość, własne zdanie i domaganie się respektowania swoich praw. Arogancja rządzących, niechęć do rozmów o wzmocnieniu opieki świadczonej przez pielęgniarki i położne, doprowadzi w naszym kraju do katastrofy zdrowotnej. Zadziwiające, że wśród decydentów panuje zmowa milczenia na ten temat!

Proszę Państwa o pomoc i wsparcie naszych działań, aby nie było za późno. Popierając pielęgniarki i położne władze lokalne zdołają otoczyć opieką zdrowotną społeczeństwo, zwłaszcza najuboższe jego warstwy.

Proszę szczególnie poważnie potraktować ten apel. ■

Prezes  
Elżbieta Buczkowska

## Sprawozdanie z seminarium „Gender i opieka w reformie ochrony zdrowia. Perspektywa pielęgniarek i położnych”

W dniach od 8 do 9. 09.2009 roku uczestniczyłam w Seminarium „Gender i opieka w reformie ochrony zdrowia. Perspektywa pielęgniarek i położnych”

W trakcie Seminarium swoje badania przedstawiła prof. Ann Elise Isaksen z University of Bergen w Norwegii, która w sposób szczegółowy badała jakość pracy, życia, adaptację społeczną polskich pielęgniarek pracujących w Norwegii. Badania wskazały, iż polskie pielęgniarki postrzegane są bardzo pozytywnie, a ocena ich pracy bardzo wysoka (wyższa aniżeli ocena pracy pielęgniarek niemieckich). Generalnym problemem polskich pielęgniarek pracujących w Norwegii są wysokie koszty utrzymania, a przez to pracują one więcej, nie biorą udziału w życiu społecznym wszystko po to aby zaoszczędzić i wrócić do Polski.

Dyskusja podczas seminarium dotyczyła również innego wymiaru a mianowicie zmian systemowych służby zdrowia i ich wpływu na pracę pielęgniarek i położnych. Pani Ewa Charkiewicz przywołała fenomen Białego Misteczka, jego pokojowego charakteru, wymiaru społecznego i pozytywnej oceny społeczeństwa odnośnie zrywu solidarnościowego pielęgniarek i położnych.

Podsumowanie problemów, z jakimi stykają się pielęgniarki i położne:

- łamanie praw pracowniczych,
- nieprzestrzeganie norm zatrudnienia, intensyfikacja pracy, przeciążenie – nie ma korelacji liczba pacjentów – liczba pielęgniarek,
- odbieranie uprawnień do wcześniejszej emerytury (praca w szczególnych warunkach),
- samozatrudnienie w zakładach opieki zdrowotnej jako obejście prawa pracy i zamach na wykonywanie czynności pielęgniarskiej i pracy położnych w odpowiedniej jakości – więcej czasu za mniejsze zarobki, utrata świadczeń, odpowiedzialność cywilna, obciążenie administracją
- księgowość,
- wpływ samozatrudnienia na działalność związkową – nie ma możliwości przynależenia do związku zawodowego,
- obniżenie prestiżu zawodu przez powyższe,
- brak młodych w zawodzie – przez niższy prestiż, niższe zarobki,
- pielęgniarki i położne narażone na ryzyko – zarażenie wirusem, kontakt z nosicielami chorób zakaźnych (gruźlica),
- dyskryminacja pielęgniarek i położnych w stosunku do lekarzy,
- związek zawodowy mówi prawdę o systemie (upolitycznienie i nadużycia), którą inni boją się ujawnić,

- faktyczne bezprawie,
- nasz głos się nie przebija bo jesteśmy kobietami,
- problem politycznej reprezentacji,
- głos lekarza traktowany jako głos eksperta, głos pielęgniarki nie jest tak traktowany,
- lekarze traktowani jako eksperci w kwestiach pielęgniarskich, mimo że zawód pielęgniarki i zawód położnej są zawodami samodzielnymi, w szkołach pielęgniarskich zawodu uczą eksperci pielęgniarstwa, mistrzowie w zawodzie,
- media – problem z widzialnością problemów środowiska, obciążanie pielęgniarek o zły stan finansowy szpitali i inne,
- brak świadomości społecznej nt problemów środowiska zawodowego.

Plany polityczne – co można zmienić:

- walka o prawa pracownicze – problem woli politycznej decydentów mimo że są odpowiedzialni za ochronę zdrowia gwarantowaną konstytucją, brak odpowiedzialności za ochronę zdrowia,
- inny kształt reformy zdrowia – nie ma wizji służby zdrowia, pomysły ubezpieczeń zdrowotnych oderwane od rzeczywistości
- nie jesteśmy przeciw prywatnej ochronie zdrowia, ale przy zabezpieczeniu publicznej ochrony zdrowia,
- krytyka dyskursu publicznego, ideologii.
- oczekiwania wobec ruchu kobiecego, feministycznego – łączenie z różnymi środowiskami, informowanie o problemach, pisanie o swoich problemach; konkretna współpraca między organizacjami, wykorzystanie potencjału intelektualnego, pozyskiwanie środków na projekty, przeniesienie do naszego środowiska w celu edukacji, pokazywanie problemu dyskryminacji w środowisku pielęgniarek i położnych

Najważniejszym dla mnie efektem prac jest obietnica współpracy z różnymi środowiskami (w szczególności ludźmi nauki). Podjęcie próby szczegółowej analizy skutków wprowadzenia reformy – nie tylko pracownicze ale i społeczne, skutki dla grupy zawodowej, ograniczanie dostępu do leczenia w oparciu o konkretne przypadki w krytycznych ramach teoretycznych. Podjęcie badań etnograficznych – codzienne wymagania pracy – kilogramy, kilometry, porównanie z badaniami instytutu medycyny pracy.

Praca różnych środowisk i elit politycznych na rzecz pielęgniarek i położnych winna stać się codziennością i przynieść wiele korzyści dla tych grup zawodowych.

# 24 KONGRES

## Międzynarodowej Rady Pielęgniarek

mgr Dorota Kilańska

W dniach od 30 czerwca do 4 lipca 2009 roku odbył się 24 Kongres Międzynarodowej Rady Pielęgniarek pod hasłem „Przewodzimy zmianom; Budując Zdrowsze Społeczeństwo” („Leading change; Building Healthier Nations”)

Kongres Międzynarodowej Rady Pielęgniarek i spotkanie Rady Narodowych Reprezentantów odbywa się co cztery lata (ICN Quadrennial Congress). Gospodarzem spotkania było Południowoafrykańskie Towarzystwo Pielęgniarskie „Denosa”. W Kongresie wzięło udział ponad pięć tysięcy pielęgniarek ze 134 krajów. Po raz pierwszy Kongres odbył się na kontynencie afrykańskim. Spośród 5000 uczestników, 3300 pochodziło tego kontynentu.

Oficjalnym językiem obrad był język angielski, tak w trakcie spotkań narodowych reprezentantów, jak i podczas konferencji. W Międzynarodowej Radzie Pielęgniarek obowiązują trzy języki – angielski, francuski, hiszpański. Obrady Narodowych Reprezentantów tłumaczone były na francuski i hiszpański.

W skład reprezentacji kraju wchodzi maksymalnie trzy osoby: przewodnicząca/y stowarzyszenia z prawem zabierania głosu i uprawnieniem do głosowania, sekretarz i/lub osoba wspierająca. W spotkaniu w Durbanie uczestniczyła mgr Dorota Kilańska – Przewodnicząca ZG PTP.

W roku 2009 ICN obchodzi 110 rocznicę powstania, 75 rocznicę obchodzi również Fundacja im. Florencji Nigh-

tingale. Rocznice uczczono wieloma okolicznościowymi spotkaniami.

Przed Kongresem ICN w dniach od 26 do 30 lipca 2009 roku miało miejsce posiedzenie Rady Narodowych Reprezentantów ICN, którym uczestniczyły 89 kraje – członkowie ICN (spośród 133). W dniu 29.06.2009 roku Rada Narodowych Reprezentantów dokonała m.in. wyboru nowej Przewodniczącej ICN oraz Zarządu ICN. 26 Prezydentem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN) na kadencję 2009 – 2013 została wybrana Rosemary Bryant (Australia).

Zgodnie z Konstytucją ICN Przewodniczącą ICN można być przez jedną kadencję, bez możliwości kandydowania na kolejne kadencje do Zarządu Dyrektorów ICN. W głosowaniu wzięło udział 89 krajów. Oficjalne ogłoszenie i przekazanie insygniów władzy odbyło się podczas ceremonii zamknięcia Kongresu w dniu 3 lipca 2009 roku

Rosemary Bryant jest Naczelną Pielęgniarką Federacji Pielęgniarek i Położnych w Australii, od 2005 do 2009 była drugim wiceprezydentem Międzynarodowej Rady Pielęgniarek. Wcześniej, przez 8 lat, dyrektorem wykonaw-

Zarząd Dyrektorów ICN  
W dolnym rzędzie pośrodku  
26 Prezydent Międzynarodowej Rady  
Pielęgniarek (ICN) na kadencję 2009  
– 2013 Rosemary Bryant (Australia)



czym (CEO) Royal College of Nursing, Australia, oraz konsultantem Światowej Organizacji Zdrowia.

Rada Narodowych Reprezentantów wybrała również Zarząd Dyrektorów ICN w składzie: Sylvia Denton (Wielka Brytania), Marion Guy (Nowa Zelandia), Masako Kanai-Pak (Japonia), Elizabeth Oywer (Kenia), Maria Angela Marroquin Elias (Salwador), Peter Pozun (Słowenia), Marlene Smadu (Kanada), Maria Augusta Sousa (Portugalia).

Aktualni członkowie Zarządu wybrani na kolejną kadencję: Rudolph Cini (Malta), Anna Karin Eklund (Szwecja), William Holzemer (USA), Julita Sansoni, (Włochy), Beatriz Carvalho Suarez (Kolumbia) i Teresa JC Yin (Tajwan).

Członkiem Zarządu Dyrektorów ICN można być nie dłużej niż przez dwie kadencje.

Każde spotkanie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek połączone jest z częścią konferencyjną, w czasie której odbywają się sesje plenarne, sesje tematyczne, sympozja, sesje plakatowe oraz warsztaty. Tematyka konferencji w Durbanie to: praktyka kliniczna; pielęgniarstwo – polityka i zarządzanie w pielęgniarstwie; edukacja pielęgniarska – zarządzanie edukacją; badania w pielęgniarstwie i zastosowanie informatyki; etyka i wartości w pielęgniarstwie, praca i warunki pracy, regulacje (kontrola i przepisy), pandemie – epidemie – klęski żywiołowe.

Ważnym elementem działalności ICN jest działalność wydawnicza. W ostatnich dwóch latach ukazało się wiele publikacji, które udostępniono pielęgniarkom. Wydawnictwa to zarówno książki edukacyjne jak i przewodniki z zakresu edukacji, regulacji w pielęgniarstwie, zarządzania itd. Ważnym publikatorem ICN jest czasopismo International Nursing Review (INR), które od momentu powstania systematycznie zwiększa swoją objętość. W latach 2007 – 2008 roku rocznik INR zawierał od 320 do 480 stron;

w 2009 roku liczba stron wzrosła do 512. W 2008 roku opublikowano 60 artykułów oryginalnych (w 2007 roku 48, a w 2006 roku – 36) spośród 319 otrzymanych artykułów. Obecnie publikacja wymaga 9-miesięcznego oczekiwania. W 2008 roku INR zostało po raz pierwszy włączone do systemu IF – obecnie ma 38 pozycję – co znacznie wzmocniło jego pozycję wśród czasopism pielęgniarskich.

W 2007 roku artykuły INR były 135 770 (w porównaniu z 97 763 w 2006 roku) razy pobierane ze strony internetowej Blackwell oraz innych stron kierujących do INR. W 2008 roku INR zostało przeniesione do systemu Manuscript Central (MC), w 2009 roku będzie całkowicie zarządzane przez system MC. INR funkcjonuje dzięki społecznej pracy recenzentów.

Podczas Kongresu miało miejsce spotkanie dotyczące Zaawansowanej Praktyki Pielęgniarskiej (Advance Practice Nursing – ANP). Działania ICN zmierzają do ujednoczenia funkcjonowania pielęgniarki ANP. Według ANP jest to pielęgniarka, która ukończyła studia magisterskie ze specjalizacją i w niektórych krajach została odrębnie zarejestrowana jako ANP.

W USA ANP istnieje od 1970 roku i jest prowadzona jako kontynuacja rozwoju zawodowego po pierwszym stopniu kształcenia. Istnieje specjalny 18 – 24-miesięczny program, akredytowany przez Collegiate Council for Nursing Education. W chwili obecnej kontynuacja kształcenia w zakresie ANP jest prowadzona dla pielęgniarek opieki ogólnej, anesteziologicznych, rodzinnych, pediatrycznych, ginekologicznych, neonatologicznych, psychiatrycznych i położnych. Planowane jest wprowadzenie ANP w zakresie diabetologii i nefrologii.

W Europie kształcenie pielęgniarek ANP jest bardzo różnicowane, mają one też różnorodne kompetencje. Obecnie w Europie ANP istnieje w: Wielkiej Brytanii (pielęgniarki mogą przepisywać leki po specjalnym przeszkoleniu), Danii, Finlandii, Islandii, Norwegii, Holandii, Niemczech (istnieje tam inna nazwa – Community Medicine Nurse, ale jej zadania są zbliżone) ANP wprowadzone zostało również w Rosji.

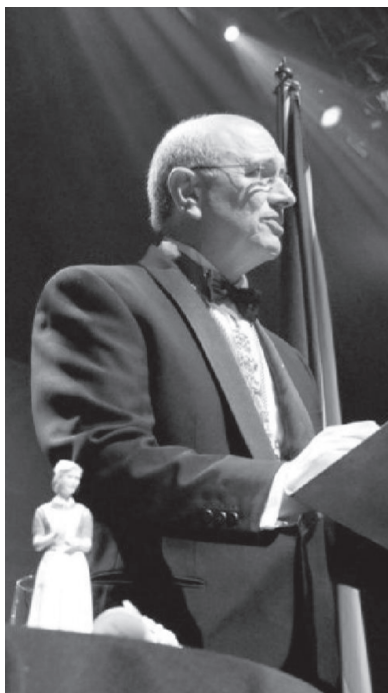
Telepielęgniarstwo (Telenursing) to kolejne ważne zagadnienie realizowane przez ICN od 2008 roku. Spotkanie miało miejsce 1 lipca 2009 roku. Podczas spotkania zaprezentowano możliwości i wykorzystanie informatyki w pielęgniarstwie dla potrzeb e-zdrowia. Jak podkreślano dzięki „Telepielęgniarstwu” wielu pacjentów na świecie otrzymuje pomoc doradczą, prowadzona jest edukacja oraz opracowywane są projekty dla rozwoju opieki w domu i szpitalach. Dzięki rozwojowi tej sieci w dobie rozwoju informatyki, pielęgniarstwo nie zniknie z dokumentowania świadczeń realizowanych przez tę grupę zawodową.

Podczas Kongresu odbyło się także III Konsorcjum ICNP (1 lipca 2009 roku). ICNP to ujednoczony język pielęgniarski. W 2009 roku mija 20 lat od kiedy podjęto decyzję o pracach na rzecz wspólnego języka w pielęgniarstwie

Dorota Kilańska  
przewodnicząca  
Zarządu Głównego  
Polskiego  
Towarzystwa  
Pielęgniarskiego







Máximo González A. Jurado –zdobywca najbardziej prestiżowej międzynarodowej nagrody w pielęgniarstwie – Nagrody im. Christiane Reimann

ICNP. Versja 1.1. została opublikowana w maju 2008 roku w postaci internetowego narzędzia z możliwością ściągnięcia wersji elektronicznej. Wersja 2.0 została ogłoszona podczas Kongresu w Durbanie. Po długich oczekiwaniach, ICNP znajduje się w 2008AA Unifield Medical Language System (UMLS)<sup>1</sup>. Metathesaurus został opublikowany w kwietniu 2008 roku<sup>2</sup>.

ICNP to obecnie 2800 pojęć o 400 więcej niż w wersji poprzedniej. Obecnie trwają prace nad Core Data Set.

Partnerami w projekcie ICNP są Narodowe Towarzystwa Pielęgniarskie, Specjalistyczne Towarzystwa Pielęgniarskie, Ministrowie Zdrowia, Rządy, Sponsorzy Systemów Informatycznych, Centra Badania i Rozwoju ICNP, badacze i tłumacze. Podczas Konsorcjum centra BiR ICNP zaprezentowały swoje działania od 2007 do 2009 roku. Swoimi doświadczeniami podzieliły się Chiłijskie Centrum Badania i Rozwoju ICNP, Niemieckojęzyczna Grupa Badania i Rozwoju ICNP, Brazylijskie Centrum Badania i Rozwoju ICNP przy Uniwersytecie w Paraibie – studia drugiego stopnia.

Od kilku lat prowadzona jest przez ICN Kampania nt. „Przyjaznego Środowiska Pracy” (w projekcie tym uczestniczy także PTP). W 2008 roku PTP przeprowadziło badania wśród pielęgniarek z kilku województw w Polsce, a na Kongresie przedstawiono wstępne doniesienia z badań. W planach jest przygotowanie raportu na temat środowiska pracy pielęgniarek w Polsce. Podczas Kongresu odbyły się także warsztaty, podczas których poszczególne kraje miały możliwość podzielenia się doświadczeniami z zakresu kształtowania przyjaznego środowiska pracy.

W 2008 roku ICN przeprowadziło także badania w kilku krajach świata na temat oczekiwań pielęgniarek wobec środowiska pracy. Wyniki znajdują się na stronie [www.icn.ch](http://www.icn.ch).

Kongres ICN to wielkie święto pielęgniarstwa na świecie. Kolejne spotkania ICN:

- 2011 rok: Konferencja ICN i CNR, Malta (organizator: Malta Union Midwives and Nurses),
- 2013 roku: 25 Kongres ICN Australia, Melbourne (organizator: Royal College of Nursing Australia).

Podczas Kongresu wręczono najbardziej prestiżową nagrodę w pielęgniarstwie – Nagrodę im. Christiane Reimann. Jej odbiorcą został dr González Jurado Máximo González. ICN przyznaje tę nagrodę co cztery lata w uznaniu wybitnych zasług dla pielęgniarstwa, twórczej wizji, przywództwa i zaangażowania na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i nauki. Nagroda zawdzięcza swoją nazwę pierwszemu etatowemu Dyrektorowi Wykonawczemu ICN – Christiane Reimann.

Dr González Jurado jest przewodniczącym General Council Colleges of Nursing w Hiszpanii, poświęcił ponad 30 lat pracy społecznej na rzecz rozwoju pielęgniarstwa w Hiszpanii i w innych częściach świata.

Dr González Jurado otrzymał doktorat z Uniwersytetu Complutense w Madrycie i był jednym z pierwszych hiszpańskich pielęgniarek, które otrzymały ten tytuł. Dr González Jurado jest założycielem Szkoły Nauk o Zdrowiu w ramach Uniwersytetu, specjalistą ds. kształcenia ustawicznego z zakresu badań naukowych w pielęgniarstwie w Hiszpanii.

Dr González Jurado stworzył także Fundację Zdrowia, jest liderem w dziedzinie badań w pielęgniarstwie. W 1999 r. założył pierwsze centrum badań naukowych w pielęgniarstwie w Hiszpanii, Instytut Zdrowia i Badania Jakości. Od 2000 roku kierował największą projektem dla pielęgniarstwa „Normalizacja terminologii w pielęgniarstwie. Interwencje”.

Jako wiceprzewodniczący FEPI (Europejskiej Rady Organów Regulacyjnych w Pielęgniarstwie) i przewodniczący grupy ekspertów „Nursing Drafting” w sprawie Europejskiego Kodeksu Etyki i deontologii, dr González Jurado w swojej karierze zawodowej podejmował również działalność międzynarodową. Jest założycielem i prezesem organizacji „Pielęgniarki na Świecie” (Enfermeras para el Mundo) – organizacji pozarządowej, która zrealizowała ponad 40 projektów współpracy na rzecz rozwoju pielęgniarstwa w Senegal, Maroku, Ekwadorze, Peru, Gwatemali, Boliwii i Mauretanii.■

1. UMLS jest bazą Biblioteki Medycyny w USA (NML), jest to największa biblioteka medyczna na świecie, mieszcząca się w Narodowym Instytucie Zdrowia.

2. UMLS Metathesaurus jest dużą, wieloaspektową i wielojęzyczną bazą słowników, zawierającą informacje o biomedycynie, i pojęciach związanych z ochroną zdrowia i zależnościami między nimi. W przyszłości będzie rozwijana informatycznie dla potrzeb prowadzenia opieki nad pacjentem, prowadzenia statystyki medycznej, badań w zakresie ochrony zdrowia i usług zdrowotnych.

# Wybory nowego zarządu Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego województwa łódzkiego

W dniu 15 czerwca 2009 roku odbyły się wybory do zarządu oddziału Wojewódzkiego PTP w Łodzi na lata 2009 – 2013. W wyniku głosowania przewodniczącą zarządu PTP w regionie Łódzkim została wybrana pani **mgr Janina Żurawska**.

Do zarządu wybrano następujące osoby: dr Ewa Borowiak (wiceprzewodnicząca), dr Ewa Szelağ (wiceprzewodnicząca), mgr Elżbieta Mrowińska (skarbnik), mgr Agnieszka Niedźwiecka (sekretarz), mgr Katarzyna Babska (sekretarz)

Członkowie zarządu oddziału: dr Barbara Dobrowolska, Krystyna Ejsmont, mgr Joanna Gąsiorowska, mgr Beata Kunikowska, dr Małgorzata Wojciechowska.

W skład komisji rewizyjnej weszły: Benilda Fabian (przewodnicząca), członkowie: mgr Małgorzata Gromek i mgr Agnieszka Nowak.

Wybrano także delegatkę na krajowy zjazd PTP – mgr Dorotę Kilańską, obecną przewodniczącą Zarządu Głównego PTP.

Zapraszamy na spotkanie koła naukowego PTP w dniu 17 listopada 2009 roku o godz. 15.30 w siedzibie OIPIP w Łodzi ul. Piotrkowska 17, II piętro, sala nr 204.

mgr Agnieszka Niedźwiecka – pielęgniarka ICZMP

Odwiedź naszą stronę: [www.ptp.na1.pl](http://www.ptp.na1.pl) i zostań członkiem PTP

## PUNKTY NAUKOWE DLA „PROBLEMÓW PIELEŃNIARSTWA”



Z ogromną przyjemnością pragnę poinformować Państwa o sukcesie czasopisma PTP "Problemy Pielęgniarstwa". Po raz pierwszy w historii czasopismo pielęgniarskie otrzymało 4 pkt MNiSzW. Zapraszamy do prenumeraty na rok 2009 i 2010.

z poważaniem  
Dorota Kilańska  
Przewodnicząca/President  
Członek Rady Narodowych Reprezentantów ICN i EFN  
Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie Zarząd Główny/  
Main Board of Polish Nurses Association



**Witam serdecznie**, mając nadzieję, iż okres urlopowy posłużył wszystkim czytelnikom jako okazja do złapania oddechu oraz zaczerpnięcia nieco energii, powracam do naszej serii „Spotkań z Rzecznikiem”. Stykając się w ostatnim czasie niezwykle często z problemem uzależnienia od alkoholu w naszym środowisku, postanowiłam kontynuować tę tematykę.

Artykuły zamieszczone w tej sekcji mają pełnić dwojaką rolę. Artykuł omawiający przepisy prawne (s. 11 – 12) ma na celu dostarczenie nam informacji pomocnych w postępowaniu z osobą uzależnioną w naszych miejscach pracy. Drugi artykuł (s. 14 – 17) ma natomiast za zadanie wesprzeć nas w tym postępowaniu pod względem psychologicznym. Chciałabym bowiem, aby zawarte w tych artykułach informacje towarzyszyły nam w naszej codziennej pracy. Wierząc, iż oba artykuły mogą być nam niezwykle pomocne w walce z problemem alkoholowym w naszych miejscach pracy, serdecznie zapraszam do ich lektury. ■

mgr Edyta Knap

# Nietrzeźwy pracownik w miejscu pracy

## UPRAWNIENIA PRACODAWCY

Obowiązujące na terenie RP przepisy prawa stanowią, iż pracownik ponosi pełną odpowiedzialność zarówno porządkową jak i materialną za spożywanie alkoholu w miejscu pracy, w czasie jej wykonywania, jak i za wstawienie się do zakładu pracy w stanie nietrzeźwości. Szczegółowe zasady zachowania trzeźwości na terenie zakładu określają również akty wewnętrzne takie jak regulamin pracy.

Pracodawca powinien odsunąć nietrzeźwego pracownika od pracy, może domagać się wręcz żądać, by ten opuścił teren zakładu. Jeżeli pracownik nie zrobi tego dobrowolnie, wtedy pracodawca ma prawo usunąć go (np. z pomocą ochrony) pod warunkiem, że nie naruszy jego dóbr osobistych (nietykalność, publiczne upokorzenie itp.).

Prawem pracodawcy jest możliwość wyciągnięcia konsekwencji służbowych w odniesieniu do osób zajmujących stanowiska kierownicze, którym dany pracownik podlega.

Jednakże to pracodawca powinien udowodnić nietrzeźwość pracownikowi, a w przypadku kiedy jest to podstawą rozwiązania stosunku pracy jest to wymagane w sposób szczególny.

Nietrzeźwy pracownik może zostać pociągnięty do odpowiedzialności porządkowej lub majątkowej. Nawet jego umowa o pracę może zostać rozwiązana za wypowiedzeniem (lub bez wypowiedzenia). Może też zostać pociągnięty do odpowiedzialności karnej.

W przypadku spożywania alkoholu w miejscu pracy lub stawienia się do pracy po spożyciu alkoholu pracodawca może:

1. Nałożyć karę pieniężną (za jedno wykroczenie wysokość kary wynosi nie więcej niż jednodniowe wynagrodzenie pracownika. Łącznie zaś wszystkie kary pieniężne wymierzone jednemu pracownikowi nie mogą przekraczać 1/10 tej części jego wynagrodzenia, która przypada mu do wypłaty po dokonaniu wcześniejszych potrąceń art. 108 § 2 KP.

2. Rozwiązać stosunek pracy bez wypowiedzenia, zarzucając mu winę umyślną bądź rażące niedbalstwo. Jeśli pracodawca choć raz złapie pracownika na stawieniu się do pracy w stanie nietrzeźwości lub spożywaniu alkoholu w czasie pracy, to ma prawo zwolnić go z pracy dyscyplinarnie – w trybie art. 52 kp, czyli bez wypowiedzenia z winy pracownika. Żadne przyczyny nie usprawiedliwiają stawienia się pracownika do pracy w stanie nietrzeźwości lub spożywania alkoholu w czasie pracy (wyrok SN z 5 listopada 1999 roku, I PKN 344/99). Stawienie się do pracy w stanie nietrzeźwości pracownika dotkniętego przewlekłą psychozą alkoholową nie stanowi dostatecznej podstawy do przypisania mu ciężkiego naruszenia podstawowych obowiązków pracowniczych z uwagi na brak w zachowaniu takiego pracownika przesłanki winy. (Wyrok Sądu Najwyższego z 10 października 2000 roku, sygn. akt I PKN 76/00).

3. Wyciągnąć konsekwencje w stosunku do osób na stanowiskach kierowniczych.

Z uwagi na fakt, iż podmiotem naszych rozważań jest osoba nietrzeźwa wykonująca zawód pielęgniarstwa lub położnej, a zatem podjęcie przez te osoby pracy w stanie po użyciu alkoholu łączy się bezpośrednio z narażeniem na

niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia innych osób pracodawca może wezwać w tej sytuacji Policję, której zadaniem jest zabezpieczanie dowodów.

Obowiązek zachowania trzeźwości zawodowej wynika z licznych przepisów prawa pracy, spośród których najważniejsze znaczenie ma art. 108 par. 2 Kodeksu pracy, upoważniający pracodawcę do ukarania pracownika karą pieniężną za stawienie się do pracy w stanie nietrzeźwości lub spożywanie alkoholu w czasie pracy.

Samo spożywanie alkoholu w zakładzie pracy nie jest wykroczeniem, o wykroczeniu można mówić dopiero wtedy, gdy w stanie po użyciu alkoholu osoba podejmie czynności zawodowe (art. 70 par. 2 kodeksu wykroczeń).

Artykuł 70 par. 2 Kodeksu wykroczeń operuje określeniem stan po użyciu alkoholu lub podobnie działającego środka. Podobnie działającym środkiem może być środek odurzający lub substancja psychotropowa w rozumieniu ustawy z 29 lipca 2005 roku o przeciwdziałaniu narkomanii, a nawet silnie działające lekarstwo.

Termin „stan po użyciu alkoholu” został zdefiniowany w art. 46 ust. 2 ustawy z 26 października 1982 roku o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi: Stan po użyciu alkoholu zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

1) stężenia we krwi od 0,2 promila do 0,5 promila alkoholu albo,

2) obecności w wydychanym powietrzu od 0,1 mg do 0,25 mg alkoholu w 1 dcm<sup>3</sup>,

Stan nietrzeźwości zachodzi, gdy zawartość alkoholu w organizmie wynosi lub prowadzi do:

1) stężenia we krwi powyżej 0,5 promila alkoholu albo,

2) obecności w wydychanym powietrzu powyżej 0,25 mg alkoholu w 1 dcm<sup>3</sup> (art. 46 ust. 3).

Stan po użyciu alkoholu i stan nietrzeźwości mogą być stwierdzone nie tylko przez badanie krwi na zawartość alkoholu bądź badanie alkomatem lub innym podobnym urządzeniem, ale także na podstawie innych dowodów.

W myśl wyroku Sądu Najwyższego z 28 lipca 1995 roku, II KRN 55/95, PriP 1996, Nr 2-3, poz. 14), z zeznań świadków, którzy potwierdzają, że zachowanie pracownika świadczy o znajdowaniu się w stanie po użyciu alkoholu, tj. wyczuwalna jest woń alkoholu z ust, ma bełkotliwą mowę czy chwiejny chód, pracodawca może czerpać wiedzę o tym, że pracownik znajduje się w stanie po użyciu alkoholu i nie ma potrzeby wzywania policji w celu zbadania zawartości alkoholu w wydychanym powietrzu. Policja tym samym nie ma obowiązku każdorazowego interweniowania w takich sprawach. ■

# ALKOHOLI

Szacuje się, że w Polsce 4,5 miliona ludzi nadużywa alkoholu, 700 – 900 tysięcy jest uzależnionych.

70 proc. wypijanego alkoholu stanowi wódka. Mężczyźni najwięcej alkoholu piją w wieku 20 – 30 lat, kobiety 30 – 40. alkoholizm, wbrew obiegowym opiniom, dotyka ludzi z różnych środowisk, bez względu na płeć, wykształcenie, status materialny.

Alkoholizm, inaczej uzależnienie od alkoholu, toksykomania alkoholowa lub choroba alkoholowa – choroba polegająca na utracie kontroli nad ilością wypijanego alkoholu.

Powody, dla których następuje rozwój choroby alkoholowej, są różnorodne, najczęściej wymienia się tu:

- stres,
- poczucie osamotnienia,
- czynniki dziedziczne,
- czynniki środowiskowe,
- czynniki osobowościowe np.

skłonność do depresji, niska samoocena, nieumiejętność radzenia sobie w różnych sytuacjach życiowych.

Alkoholizm rozwija się bez świadomości osoby zainteresowanej. Osoba uzależniona od alkoholu pije często i w dużych ilościach bądź niezbyt wiele, ale bardzo regularnie. Alkoholik nie rzadko rozpoczyna picie rano czy spożywa alkohol w samotności. Chorzy zaniedbują dotychczasowe zajęcia, koncentrują uwagę na alkoholu, szukają okazji do wypicia wysokokowych trunków. W kolejnych fazach chorobowych alkoholicy są niezdolni do pracy, spełniania obowiązków rodzinnych, nie potrafią wypełnić prostych zadań bez alkoholu.

Wyróżnia się następujące stadia choroby alkoholowej:

# ZM – fazy choroby

1. Faza wstępna prealkoholowa trwająca od kilku miesięcy do kilku lat. Zaczyna się od konwencjonalnego stylu picia. Człowiek odkrywa, że picie alkoholu nie tylko daje przyjemne doznania, ale także łagodzi przykre stany emocjonalne.

2. Faza ostrzegawcza zaczyna się w momencie pojawienia się luk pamięciowych – palimpsestów.

3. Faza krytyczna rozpoczyna się od utraty kontroli nad pićm.

4. Faza przewlekła zaczyna się wraz z wystąpieniem wielodniowych ciągów.

Niemożliwe jest całkowite wyleczenie się z choroby alkoholowej. Można jednak być alkoholikiem pozostającym w trzeźwości. Chory powinien poszukać profesjonalnej pomocy, oferują ją poradnie przeciwalkoholowe, grupy wsparcia np. wspólnota Anonimowych Alkoholików.

Nie istnieją środki farmakologiczne leczące alkoholizm. Kuracja odwykowa powinna odbywać się pod kontrolą lekarzy i psychologów i przebiega na wielu płaszczyznach ze względu na charakter choroby. Obejmuje ona głównie: odtrucie organizmu, leczenie

chorób wywołanych przez alkohol, rekonstrukcję osobowości pacjenta, naukę nowych umiejętności i zachowań, psychoterapię.

Spożywanie zazwyczaj dużych ilości alkoholu przez alkoholika jest spowodowane przymusem o charakterze psychicznym i somatycznym i nie podlega jego woli.

Mechanizm powstawania uzależnienia nie jest do końca wyjaśniony, ale ma bezpośredni związek z nadużywaniem alkoholu. Jednym z kluczowych objawów w diagnozowaniu choroby alkoholowej, obok utraty kontroli nad ilością wypijanego alkoholu, są objawy abstynencyjne, zwane inaczej zespołem abstynencyjnym, zespołem ostrej abstynencji, syndromem abstynencyjnym, zespołem odstawienia alkoholu. Objawy abstynencyjne w standardowym przypadku trwają około 14 dni. Nie należy ich mylić z kacem.

Z choroby alkoholowej nie można się wyleczyć. Nawet po wieloletniej abstynencji próby kontrolowanego picia często kończą się powrotem do nałogu. Fundamentalnym warunkiem zdrowienia jest abstynencja, wspomagana m.in. przez terapię uzależnień, udział w spotkaniach Anonimowych Alkoholików, przebudowę stylu życia na abstynencki, zdobywanie wiedzy z zakresu alkoholizmu i dziedzin pokrewnych. Proces zdrowienia z choroby alkoholowej jest niezwykle trudny i skomplikowany, uzależniony przede wszystkim od chęci i dobrej woli zainteresowanego. Około 70 proc. pacjentów po terapiach nie osiąga trwałych efektów, ale mimo to należy pamiętać, że zatrzymanie choroby jest możliwe na każdym etapie i w każdej fazie. ■

## Fazy rozwoju uzależnienia

### Faza pierwsza – picie towarzyskie

- picie sprawia przyjemność,
- wzrost tolerancji na alkohol.

### Faza druga – ostrzegawcza

- szukanie okazji do picia,
- inicjowanie wypijania kolejek,
- po wypiciu lepsze samopoczucie,
- „dusza towarzystwa”,
- alkohol przynosi ulgę, uwalnia od napięć,
- rozpoczęte picie kończy się „urwanym filmem”,
- próby picia ukrytego, w samotności, na kaca.

### Faza trzecia – krytyczna

- wyrzuty sumienia, „kac moralny”,
- „klin” przynosi ulgę,
- zaniedbywanie rodziny,
- konflikty małżeńskie,
- nieobecności w pracy,
- usprawiedliwianie picia licznymi okazjami,
- wzrost agresywności, konflikty z prawem,
- nieregularne odżywianie się,

- zaniedbywanie wyglądu,
- zaburzenia popędu seksualnego,
- picie ciągami na przemian z okresami całkowitej abstynencji dla poprawy zdrowia, udowodnienia „silnej woli”,
- składanie przysięg abstynencji,
- poczucie pustki, bezradności.

### Faza czwarta – chroniczna

- okresy długotrwałego opilstwa,
- picie poranne, „kac gigant”,
- upijanie się w samotności,
- spadek tolerancji na alkohol,
- sięganie po alkohole niekonsumpcyjne – „wynałazki”, „fikołki”,
- rozpad więzi rodzinnej,
- wynoszenie rzeczy, kradzieże w celu zdobycia alkoholu,
- degradacja zawodowa i społeczna,
- ośpienie alkoholowe, „wtórny alfabetyzm”,
- alkohol staje się jedynym celem w życiu,
- psychozy alkoholowe, delirium,
- padaczka alkoholowa,
- choroby somatyczne – polineuropatia, marskość wątroby,
- skrajne wyczerpanie organizmu.

Przedruk z Biuletynu nr 1-2/2009  
Okręgowej Izby Pielęgniarek  
i Położnych z siedzibą w Kaliszu

# Odwaga w obliczu uzal

Alkoholik to człowiek chory. Alkoholik ponosi straty na skutek picia, wyrządzając tym krzywdę a mimo to pije nadal. Alkoholik chce przestać pić, a nie potrafi. Alkoholik ma chore myślenie

Co to jest alkoholizm? Alkoholizm to choroba postępująca, nieuleczalna, która prowadzi do śmierci, jednak lecząc można ją zatrzymać w każdej fazie rozwoju. Istotą choroby alkoholowej jest to, że myślenie i zachowanie są zależne od alkoholu – on nimi

Alkoholizm to choroba postępująca, nieuleczalna, która prowadzi do śmierci, jednak lecząc można ją zatrzymać w każdej fazie rozwoju.

działa. Alkoholizm atakuje i niszczy wszystkie obszary życia człowieka: rodzinę, pracę, zdrowie, kontakty z ludźmi. Alkoholizm to choroba o konkretnych objawach, takich jak głód alkoholu, picie ciągami, „urwane filmy”, klinowanie, „mocna głowa”, koncentracja życia wokół picia. Alkoholizm to choroba ciała, umysłu, uczuć i duszy.<sup>1</sup>

Kontynuując temat uzależnienia w środowisku pielęgniarskim i położniczym, postanowiłam gruntownie przyjrzeć się problemowi. Niezwykle rzetelnie przeszukałam wszystkie zasoby internetowe mogące doprowadzić mnie

do informacji na temat problemu alkoholowego pielęgniarzek, pielęgniarzy oraz położnych. Jak się okazało, owszem, jest mnóstwo artykułów traktujących o przedstawicielach tych zawodów oraz radzeniu sobie z uzależnieniami. Niestety uzależnienia w większości przypadków zestawiane są z pacjentami lub ich rodzinami. Czytając te artykuły, możecie się Państwo dowiedzieć, w jaki sposób radzić sobie z uzależnionym pacjentem na każdym etapie opieki nad nim.

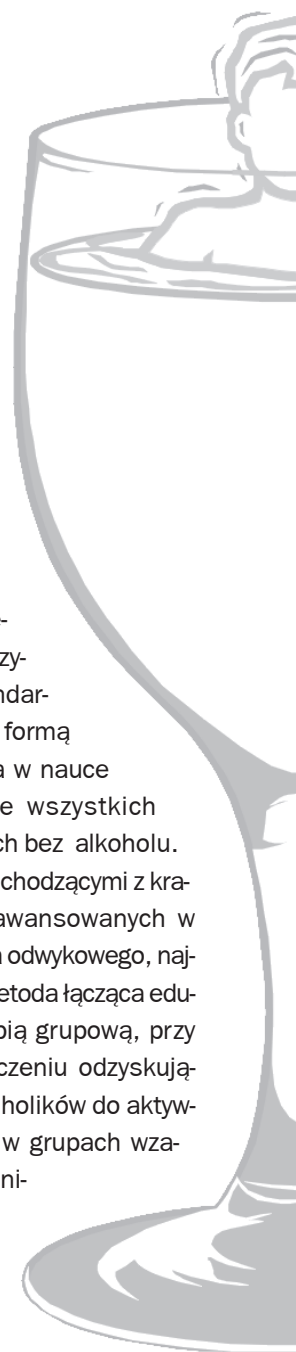
Wszystkie te materiały, choć niezwykle pomocne i wartościowe, nie uwzględniają faktu, iż w celu adekwatnego odwzorowania rzeczywistości w dużej mierze powinny skupić się na radzeniu sobie z problemem alkoholowym dotyczącym samych pielęgniarzek, pielęgniarzy oraz położnych, ich współpracowników oraz podwładnych, a czasem nawet przełożonych.

Mój poprzedni artykuł poświęcony był kwestii komunikacji w obliczu uzależnienia w Państwa środowisku. Ten obecny ma na celu przekonanie Państwa, że ta komunikacja w postaci konfrontacji zmierzającej do przekonania osoby uzależnionej do leczenia, choć wymagająca odwagi, jest całkowicie słuszną i pożądaną reakcją w obliczu uzależnienia.

## Co ja mogę zrobić w obliczu uzależnienia?

Światowa Organizacja Zdrowia jednoznacznie kwalifikuje alkoholizm jako chorobę. Za jedyne właściwe podejście do alkoholika uznaje natomiast leczenie. Zgodnie z przyjętymi obecnie standardami, leczenie jest formą wsparcia alkoholika w nauce funkcjonowania we wszystkich życiowych sytuacjach bez alkoholu. Zgodnie z danymi pochodzącymi z krajów najbardziej zaawansowanych w dziedzinie leczenia odwykowego, najlepsze wyniki daje metoda łącząca edukację z psychoterapią grupową, przy równoczesnym włączeniu odzyskujących trzeźwość alkoholików do aktywnego uczestnictwa w grupach wzajemnej pomocy Anonimowych Alkoholików.

Z pewnością nie jest jednak tak,



# eżnienia

wdę sobie i najbliższym,  
nie, uczucia, ciało i duszę



że alkoholik pozostawiony sam sobie z pełną świadomością swojego stanu zgłosi się na leczenie. Przyjmując bierną postawę wobec uzależnienia współpracownika lub podwładnego, mimowolnie przyczyniamy się do tego, że coraz bardziej cierpi zarówno on sam, jego rodzina oraz współpracownicy, ponieważ pijący destrukcyjnie alkoholik coraz gorzej pracuje, coraz więcej choruje i postępuje coraz bardziej nieodpowiedzialnie. Jako bezpośredni zwierzchnicy lub współpracownicy osoby uzależnionej, macie Państwo realną możliwość wpływu na podjęcie przez alkoholika decyzji o leczeniu. „Zamiatanie sprawy pod dywan”, czy „przymykanie oka”, choć w krótkiej perspektywie wydaje się najkorzystniejszym rozwiązaniem, nienarażającym na utratę fałszywie pojmowanego zaufania czy lojalności w zespole, w dłuższym

okresie jest tak naprawdę skazywaniem na niekończące się problemy oraz na zagrożenie bezpieczeństwa zarówno osoby uzależnionej, siebie samego i całego zespołu, jak również pacjentów.

W poprzednim artykule opisałam zasady „konfrontacji” osoby uzależnionej. Ponieważ jest to wiedza, której nigdy nie jest za dużo, pozwalam sobie przypomnieć ten fragment z ostatniego Biuletynu.

## Co mam zrobić, żeby pomóc?

Interwencja nigdy nie jest łatwa, ale zawsze jest warta podjęcia trudu. Istnieje duże prawdopodobieństwo, iż w swojej karierze zetkniecie się Państwo przynajmniej z jedną osobą uzależnioną, tym samym stając przed wyborem pomiędzy interwencją a zlekceważeniem zagrożenia. Wybierając jedyną słuszną w tej sytuacji drogę interwencji, warto rozważyć następujące sugestie (opracowane przez pielęgniarkę, która dzięki interwencji wsołpracowników rozpoczęła zwycięską walkę z uzależnieniem):

- w czasie konfrontacji nie oceniasz i nie oskarżasz,
- zachowaj spokój i mów normalnym głosem, nie pokazuj gniewu i nie groź pielęgniarsce, położnej czy pielęgniarzowi lub położnemu,
- pamiętaj, że uzależnienie jest chorobą, która wymaga interwencji - nie jest to moralny czy etyczny ubytek, który należy potępiać lub ignorować.
- okaż swoją empatię osłabionej nałogiem pielęgniarsce lub położnej, pokaż jej, że zależy Ci na niej jako na osobie.

## Dlaczego konfrontacja jest tak ważna?

Dopóki osoba uzależniona nie dowie się i nie uświadomi sobie, że jej problem jest widoczny i zauważony przez najbliższe środowisko, będzie łudzić samą siebie, że problemu nie ma, tra-

cąc kontrolę nad swoim postępowaniem. Dopiero bezpośrednia konfrontacja z osobami, które nie są alkoholikowi obojętne (a współpracownicy i zwierzchnicy najczęściej należą do tego grona, z którym osoby uzależnione się liczą) może być dla niego lub dla niej impulsem do podjęcia leczenia. Zanim natomiast osoba uzależniona zdecyduje się na leczenie, stwarza zagrożenie, mogące prowadzić do błędów w sztuce i konsekwencji prawnych. Zagrożenie to jest tym groźniejsze, iż tak naprawdę niemożliwe do przewidzenia. Nie sposób bowiem mieć kontrolę nad zachowaniem i działaniami alkoholika.

## Nauczmy się odwagi

Być może sformułowanie „nauka odwagi” brzmi trywialnie. Jest jednak dokładnie tym, co powinny zrobić wszystkie osoby, stojące obecnie lub

Alkoholizm to choroba o konkretnych objawach, takich jak głód alkoholu, picie ciągami, „urwane filmy”, klinowanie, „mocna głowa”, koncentracja życia wokół picia. Alkoholizm to choroba ciała, umysłu, uczuć i duszy.

mogące zetknąć się w przyszłości z problemem uzależnienia współpracownika lub podwładnego, czyli tak naprawdę każdy, kto w chwili obecnej czyta ten artykuł. Odwaga mówienia o tym, co oczywiste a jednocześnie bardzo niewygodne dla naszego poczucia złudnego spokoju, jest kluczem do poradzenia sobie z problemem alkoholowym w miejscu pracy.

Doskonale wiem jak wiele zależności zawodowo-prywatnych w Państwa środowisku łączy pracujące ze sobą zespoły. Rozumiem również, że uświadomienie koleżance, koledze czy oso-

bie podwładnej, że wiemy o ich uzależnieniu i oczekujemy podjęcia przez nich leczenia nie jest prostym zadaniem. Zanim jednak Państwo z niego zrezygnują, proszę się zastanowić czy zupełnie nie zależy Wam na sobie sa-

**Dopóki osoba uzależniona nie dowie się i nie uświadomi sobie, że jej problem jest widoczny i zauważony przez najbliższe środowisko, będzie łudzić samą siebie, że problemu nie ma, tracąc kontrolę nad swoim postępowaniem.**

mych? Przecież podczas dyżuru z osobą uzależnioną narażone jest również Wasze bezpieczeństwo. Proszę także odpowiedzieć sobie na pytanie czy obojętny jest Wam los pacjentów, a w reszcie i samej osoby uzależnionej?

Jeżeli uświadomicie sobie Państwo, iż ignorując występujący problem tak naprawdę ignorujecie a nawet narażacie własne, i nie tylko bezpieczeństwo, zarówno w aspekcie moralnym, prawnym, jak i kontaktów międzyludzkich, o wiele łatwiej będzie Wam zdobyć się na tę, być może najważniejszą dla Waszego rozmówcy, konfrontację.

Proszę pamiętać, iż uświadomienie alkoholikowi, że wiemy o jego problemie, nie jest aktem braku lojalności lecz wręcz przeciwnie – pokazaniem, że zależy Państwu na tej osobie i jej los nie jest Wam obojętny.

### **Kiedy już zdobędziemy się na odwagę...**

Decydując się na konfrontację z osobą uzależnioną, warto wiedzieć gdzie może ona szukać pomocy. Szczegółowe informacje można uzyskać, odwie-

dzając stronę [www.anonimowi-alkoholicy.org.pl](http://www.anonimowi-alkoholicy.org.pl).

Znajdziecie tam Państwo zarówno podstawowe informacje na temat choroby, jaką jest alkoholizm, jak i numery infolinii oraz wykaz miejsc, gdzie można udać się po pomoc.

Życząc Państwu odwagi, do Państwa rozwagi pozostawiam kilka pytań zaczerpniętych ze strony internetowej Anonimowych Alkoholików.

Czy AA jest dla Ciebie?

Tylko Ty możesz zdecydować, czy AA jest szansą dla Ciebie, czy Twoim zdaniem AA może Ci pomóc. My staliśmy się członkami AA, kiedy w końcu zaprzestaliśmy prób opanowania naszego picia.

Wciąż jeszcze nie możemy pogodzić się z myślą, że nigdy nie będziemy mogli pić bezkarnie. Inni członkowie AA powiedzieli nam, że jesteśmy chorzy (zawsze tak sądziliśmy!). Zdaliśmy sobie sprawę, że wielu innych cierpiało z powodu takiego samego poczucia winy, osamotnienia i beznadziejności jak my. Zrozumieliśmy, że powodem naszych cierpień była choroba, na którą zapadaliśmy – alkoholizm.

Zdecydowaliśmy się spróbować stawić czoło temu co alkohol zrobił z nami. Oto niektóre z pytań, na które staraliśmy się odpowiedzieć UCZCIWIE. Jeśli odpowiedzieliśmy cztery lub więcej razy TAK, uznaliśmy, że mamy poważny problem z piciem. Zobacz, ile razy Ty odpowiesz TAK. Pamiętaj: przyznanie się, że masz problem, nie hańbi.

1. Czy kiedykolwiek postanawiałeś nie pić tydzień i dłużej, a udało Ci się tylko przez kilka dni?

Większość z nas w AA składało takie obietnice sobie i bliskim, ale nigdy ich nie potrafiliśmy dotrzymać. W AA powiedziano nam: „Po prostu spróbujcie nie pić dziś”. (Jeżeli nie będziemy pili dziś, to dziś nie możemy się upić).

2. Czy chciałbyś, żeby ludzie zajęli się swoimi sprawami, a nie Twoim piciem i przestali mówić Ci, co masz robić?

W AA nie zajmujemy się mówieniem komukolwiek, co ma robić. Rozmawiamy tylko o naszym piciu, problemach i o tym, jak je rozwiązujemy. Chętnie Ci pomożemy, ale tylko wtedy, gdy TY będziesz tego chciał.

3. Czy kiedykolwiek zmieniałeś rodzaj alkoholu, mając nadzieję, że to powstrzyma Cię od picia?

My próbowaliśmy wszystkiego: picia słabszych alkoholi, nawet piwa, picia tylko pod koniec tygodnia itp. Ale jeżeli piliśmy cokolwiek, co zawierało alkohol, w końcu upijaliśmy się.

4. Czy w ciągu ostatniego roku, po przebudzeniu się, musiałeś skorzystać z „kliny”?

Czy potrzebowałeś kieliszka, aby rozpocząć dzień lub aby przestać się trząść. Jeżeli tak, jest to pewny znak, że nie pijesz „towarzystwo”.

5. Czy kiedykolwiek zazdrościłeś ludziom, którzy piją i nie wpadają z tego powodu w kłopoty?

Często zastanawiamy się, dlaczego nie jesteśmy tacy jak większość ludzi, którzy mogą pić lub nie.

6. Czy miałeś w ciągu minionego roku problemy wynikające z picia alkoholu?

Bądź uczciwy w stosunku do siebie! Lekarze mówią, że jeżeli masz problem z alkoholem i ciągle pijesz, będzie zawsze tylko gorzej, a nigdy lepiej. W końcu umrzesz lub resztę życia spędzisz w zakładzie psychiatrycznym. Jedyna nadzieja to przestać pić.

7. Czy Twoje picie powoduje kłopoty rodzinne?

Przed przyjęciem do AA uważaliśmy, że pijemy z powodu innych ludzi lub z powodu kłopotów rodzinnych. Nie byliśmy w stanie zrozumieć, że to właśnie nasze picie pogarsza wszystko. Picie nigdy i nigdzie nie rozwiązywało żadnych problemów.

8. Czy kiedykolwiek próbowałeś wypić na przyjęciu „jeszcze jeden kieliszek”, bo ciagle było Ci za mało?

Większość z nas wiedząc, że idzie na przyjęcie z alkoholem, jeszcze przed wyjściem z domu piła coś „dla kurażu”. A jeżeli na przyjęciu było „za



mało” alkoholu, szukaliśmy innego miejsca, by wypić więcej.

9. Czy wmawiasz w siebie, że możesz przestać pić kiedykolwiek chcesz, mimo że upijasz się wbrew swej woli?

Wielu z nas oszukiwało się, że pijemy, bo chcemy. Po przyjsciu do AA dowiedzieliśmy się, że kiedy zaczynaliśmy pić, nie mogliśmy już przestać.

10. Czy kiedykolwiek nie byłeś w pracy lub w szkole z powodu picia alkoholu?

Wielu z nas stwierdza teraz, że często usprawiedliwialiśmy się chorobą, a prawda była taka, że albo mieliśmy kaca, albo byliśmy pijani.

11. Czy miałeś „urwane filmy”?

„Urwany film” to godziny i dni picia, gdy nie możemy sobie przypomnieć, co się wtedy z nami działo. Dopiero po przyjsciu do AA dowiedzieliśmy się, że jest to wyraźny znak picia.

12. Czy kiedykolwiek miałeś wrażenie, że Twoje życie byłoby lepsze, gdybyś nie pił?

Wielu z nas zaczęło pić, ponieważ po alkoholu życie wydawało się lepsze, przynajmniej na chwilę. Po przyjsciu do AA zrozumieliśmy, że zostaliśmy schwytani w pułapkę. Piliśmy, żeby żyć i żyliśmy, aby pić. Byliśmy chorzy i zmęczeni z powodu bycia chorymi i zmęczonymi. ■

1. Fragment zaczerpnięty z miesięcznika „Świat Problemów” wydawanego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych Nr 1/99

reklama



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

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE  
PRZEZ TELEFON  
**042 630 95 59**

LUB PRZEZ INTERNET  
**www.erudio.com.pl**

## ZAPRASZAMY NA KURSY

### KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

### KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

Pielęgniarstwo anestezyjologiczne 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

### SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

### SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

### SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

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



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

**PŁATNOŚĆ  
ROZKŁADAMY NA  
DOGODNE,  
MIESIĘCZNE RATY**

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

**GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSY!  
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA**

**www.erudio.com.pl**

# KONKURS

## „Autorytet pielęgniarki i położnej – blaski i cienie”

W październikowym wydaniu Biuletynu publikujemy kolejne prace biorące udział w konkursie. Dane osobowe autorów zastrzeżone są do wiadomości redakcji.

Wszystkim autorom konkursowych prac dziękujemy za udział w konkursie.

Radakcja Biuletynu

## O pracy inaczej...

Biorę do ręki kwietniowe wydanie Biuletynu, przeglądam kartkę po kartce. Na jednej ze stron ogłoszenie o konkursie nt. „Autorytet pielęgniarki i położnej – blaski i cienie” ogłoszony przez ORPiP w Łodzi, które zachęca do wzięcia udziału w konkursie. Czytam dokładnie raz, potem drugi. W pierwszej chwili moment zawahania. No cóż! Pytanie jest dość trudne i złożone. Tyle przecież dzieje się wokół naszego zawodu.

Jestem pielęgniarką od ponad ćwierć wieku. Moja praca to nie tylko zawód, ale i powołanie, chociaż młodszymi koleżankom wydaje się to trochę śmieszne. Jest tak dlatego, że służę innym, nie usługuję i nie czekam by mnie służyli. Współcześnie trochę daleko jest od ideału realizowania powołania niezależnie od tego, czy i jakie mamy obowiązki domowe i rodzinne. Jednak większości z nas udaje się być mężatką, matką i pracować zawodowo. Koleżanki perfekcyjnie łączą oba obowiązki. Zdobywają się na rzetelność, sprawy osobiste nie przynoszą uszczerbku na sprawowanej przez nie opiece nad chorym. Widzi się na oddziałach szpitalnych, w poradniach uprzejme, uśmiechnięte twarze.

Sprawy pacjenta to potencjalne sprawy każdego z nas. Od poziomu wykształcenia, wiedzy pielęgniarek i położnych, postaw i etyki zawodowej zależy często przebieg leczenia. Szko-

**Moja praca to nie tylko zawód, ale i powołanie. Jest tak dlatego, że służę innym, nie usługuję i nie czekam by mnie służyli.**

da, że liczne przypadki wzorowej pracy pielęgniarki i położnej gubią się wśród wielu trudności, a pacjenci według prawie powszechnej opinii są niedostatecznie pielęgnowani. Należy rozumieć godność swojego zawodu,

dawać wyraz temu nie starając się wychodzić poza krąg pielęgniarskich obowiązków i sięgać kompetencji lekarza, ponieważ nie to jest naszym celem. Autorytet pielęgniarki na pewno nie ucierpi, jeżeli ona nie będzie uchylała się od pielęgnowania chorych, a nie uciekała się do wykonywania bardziej widowiskowych i efektownych czynności. A przecież same wiemy, że chory człowiek dorosły czy też dziecko najbardziej odczuwają naszą miłość, kiedy ich karmimy, wygodnie układamy i myjemy. Szczytem marzeń każdego chorego jest, jeśli przy wykonywaniu czynności i zabiegów staramy się sprawić jak najmniej bólu. Pracujemy przecież wśród nowoczesnych urządzeń, wśród najdoskonalszych zdobywczy medycyny. Żeby temu wszyst-

kiemu dorównać musimy nieustannie się dokształcać korzystając z podyplomowych form lub podejmując studia. Od tego nie uciekniemy. Nie bójmy się brać przykładu od młodszych koleżanek. One posiadają również ugruntowaną wiedzę. Nie gaśmy ich zapału, pomysłów, dzielimy się doświadczeniem, a w przypadku potknięć nie okazujemy lekceważenia tylko wyrozumiałość.

Życzliwość i uprzejmość należy okazywać również w stosunku do innego

---

### **Autorytet pielęgniarki na pewno nie ucierpi, jeżeli ona nie będzie uchylała się od pielęgnowania chorych, a nie uciekała się do wykonywania bardziej widowiskowych i efektownych czynności**

---

personelu podległego, będąc jednocześnie wymagającą i wykazującą pracowitość i sumienność.

Nie zapominajmy, że wrażliwi na sprawy jakości usług medycznych pacjenci oceniają nie tylko opiekę lekarską i pielęgniarską, ale i reakcje interpersonalne między pracownikami – komunikowanie się i zachowanie. Powinno robić się wszystko, by poznać oczekiwania pacjentów i je możliwie całkowicie spełniać. Każdy pacjent jest przecież inny, ma imię, psychikę, charakter, osobowość i powinien być traktowany indywidualnie, a nie jako kolejny przypadek chorobowy. Pacjenci stają się coraz bardziej wymagającymi klientami, mającymi coraz częściej świadomość „kupowania” sobie usług medycznych w tym pielęgniarskich. Z pacjentami, którzy mają możliwość dokonywania wyboru zarówno placówki jak i osób świadczących usługi medyczne należy się liczyć i zabiegać o nich. Za pacjentem w ślad „idą” realne pieniądze, zarówno w sektorze publicznym i niepublicznym. Taka sytuacja wymusza konieczność doskonalenia pracy pielęgniarek i położnych,

co wpływa z kolei na rozwój, czy daje szansę przetrwania placówkom prowadzonym niejednokrotnie przez same pielęgniarki.

Dlatego myślę, że prawdziwy profesjonalizm naszego zawodu chyba jest, a jeżeli niedoskonały to powinno zacząć się go tworzyć już na poziomie kształcenia pielęgniarek i położnych.

Dla mnie pielęgniarstwo to zawód, w którym pielęgniarką się jest, a nie bywa. Do którego wykonywania trzeba mieć również choć trochę talentu. Poznając tajemnice tego zawodu ważni dla mnie byli ludzie-nauczyciele, którzy sprawili, że żyłam życiem najpierw szkoły, a później szpitala, oddziału. Obdarzyli mnie czymś niezwykle ważnym: dali radość poznania, uwolnili energię, wiarę w siebie, która potem pozwoliła mi iść własną drogą.

Po kilkudziesięciu latach pracy często słyszę zadawane pytanie – czy współcześni pedagogzy-nauczyciele zawodu są w stanie tworzyć wspaniałe pielęgniarki, czy raczej te pielęgniarki

stanowią o wielkości swoich nauczycieli. Pytanie to zaskakuje mnie samą. Należałoby spróbować znaleźć

---

### **Często słyszę zadawane pytanie – czy współcześni pedagogzy-nauczyciele zawodu są w stanie tworzyć wspaniałe pielęgniarki, czy raczej te pielęgniarki stanowią o wielkości swoich nauczycieli?**

---

odpowieź. Sądzę, że odpowiedź leży gdzieś pośrodku. Prawdziwe pielęgniarki i nauczyciele istnieją niezależnie od siebie. Być może, gdy zdolność nauczyciela do doskonalenia poziomu autorytetu pielęgniarek i położnych połączy się z talentem, miłością do drugiego człowieka i pasją pielęgniarki, położnej to mogą w naszym zawodzie powstać legendy, czego nam wszystkim życzę. ■

ogłoszenie płatne



**Hospicjum Domowe  
dla Dzieci Ziemi Łódzkiej  
NZOZ Gajusz  
zatrudni pielęgniarkę na cały etat,  
wymagane prawo jazdy.  
Tel. (042) 632-06-06, e-mail:  
medyk@gajusz.org.pl**

# Ja podam choremu basen, Ty nie zoperujesz wyrostka

Choć w przyszłym roku minie 30 lat mojej pracy zawodowej w służbie zdrowia, to wydaje mi się, że pielęgniarką byłam od zawsze. „Służba zdrowia” – teraz zastanawiam się, co znaczą te słowa.

Rozpocynałam pracę w trudnych warunkach, gdy brakowało wszystkiego a chyba najbardziej sprzętu jednorazowego, nowoczesnych środków dezynfekcyjnych i centralnej sterylizatorni. Pomimo to służyłam pacjentowi jak najlepiej umiałam, zgodnie ze swoją wiedzą pielęgniarską. Pacjent był przede wszystkim dla mnie człowiekiem. Obecnie człowiek chory to procedura, punkt, osobnik terapeutyczny, jednostka chorobowa. Ale rola pielęgniarki nie zmieniła się. To ona jest z pacjentem od chwili przyjęcia do szpitala, lekarz przyjdzie, zbada i opiszę jednostkę chorobową, zleci leki, często nie odpowie na pytanie pacjenta, kwitując „resztę powie panu siostra”.

Z chwilą zmian, jakie zaszły w organizacji służby zdrowia wydaje mi się, że rola i autorytet pielęgniarki jest priorytetowym wyzwaniem dla naszego środowiska. Jest wiele pielęgniarek z dużym doświadczeniem zawodowym, powinny to doświadczenie wykorzystać. Wiele zależy tu jednak od lekarzy współpracujących z pielęgniarkami – dobry lekarz potrafi wykorzystać wiedzę i doświadczenie pielęgniarki podnosząc jednocześnie jej autorytet zawodowy, niestety zdarzają się lekarze, którzy swymi uwagami (często przy pacjencie) ten autorytet

podkopują. Kiedyś chirurg powiedział do mnie: „Ja podam choremu basen, ty nie zoperujesz wyrostka”. Pomyślałam wtedy – lepiej być mądrą pielęgniarką niż głupim lekarzem. Starałam się być zawsze mądrą pielęgniarką, on został kiepskim leworęcznym chirurgiem, który przez cały czas wspierał się na lepszym koledze. Mia-

---

**Dobry lekarz potrafi wykorzystać wiedzę i doświadczenie pielęgniarki podnosząc jednocześnie jej autorytet zawodowy.**

---

łam koleżanki, które pierwsze znały wyniki badań pacjentów niż lekarz, interesowały się tym dla dobra pacjenta. Na obchodzie potrafiły referować przy łóżku pacjenta każdy wynik, były profesjonalne w tym, co robiły. Pracowałyśmy na 60-łóżkowej chirurgii w zgranym zespole. Nie wysyłano nas na szkolenia, bo byłyśmy niezastąpione w pracy na trzy zmiany. Rozprawiałyśmy na nocnych dyżurach z lekarzami na temat leczenia pacjentów – to były moje najlepsze szkolenia. Doświadczeni chirurdzy opowiadali nam, na czym polegał zabieg operacyjny, po co

chory ma dreny i skąd wyprowadzone. Wzmacniałyśmy tym swój prestiż. Lekarze traktowali nas jak prawdziwy profesjonalny zespół terapeutyczny. Tworzyłyśmy prawdziwy swój profesjonalizm. W latach kiedy służba zdrowia zaczyna się przekształcać pomyślałam, że wiedzę i doświadczenie, jakie zdobyłam w ciągu 17 lat pracy na oddziale chirurgicznym będę mogła wykorzystać jako pielęgniarka rodzinna. Ukończyłam kurs kwalifikacyjny dla pielęgniarek środowiskowych-rodzinnych i podjęłam pracę w przychodni lekarza rodzinnego. Wydawało mi się, że obejmę opieką pewną grupę pacjentów danego środowiska, paliatywnych, onkologicznych i wykorzystam całą swoją wiedzę i profesjonalizm. Okazało się, że lekarz rodzinny zatrudnia pielęgniarkę tylko dlatego, że taki jest wymóg. Usłyszałam od kierownika, lekarza internisty, że zatrudnia w przychodni tylko pielęgniarki, bo pielęgniarka potrafi wszystko – byłam w szoku. Wyciągałam karty w rejestracji, zapisywałam do specjalistów, odbierałam telefony, pisałam sprawozdania, uspokajałam pacjentów w poczekalni. Jedynie co mogłam robić profesjonalnie to pobieranie krwi do badań i iniekcje domięśniowe. Obecnie wiem, że średni wiek pielęgniarek wynosi 45 lat. Młode koleżanki nie są zainteresowa-

ne zawodem. Co mogę im radzić? Kształtujcie swoją unikatową osobowość zawodową na wiedzy. Gdybym teraz zaczynała pracę kształciłabym się w różnych specjalizacjach, tak abym mogła stać niemal na każdym stanowisku pracy. Macie obecnie dostęp do wielu kursów, specjalizacji – wykorzystajcie to. Nie rywalizujcie z lekarzami, lekarze to inny zawód. Pielęgniarka to zawód samodzielny, wykonywany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej środkami i metodami zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz wykonywany ze szczególną starannością. Wszystkie szkolenia mają na celu zweryfikowanie i zaktualizowanie wiedzy w odniesieniu do zmieniającej się techniki, sprzętu medycznego bądź też czynności towarzyszących zabiegom. To pomoże w tworzeniu prawdziwego profesjonalizmu. Wiemy, że pielęgniarka udziela świadczeń zdrowotnych w szczególności pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Wykonywanie zawodu pielęgniarki wymaga dużej wiedzy fachowej. Pielęgniarka nie może popełnić błędu, który może wyrządzić krzywdę pacjentowi, z tego powodu powinniśmy być najbardziej kształcąca się grupą zawodową. Jesteśmy grupą o unikatowej osobowości zawodowej, swój zawód wykonujemy w takich miejscach jak szpitale, szkoły, więzienia, przychodnie bądź też w domu pacjenta. Konieczność aktualizowania na bieżąco wiedzy fachowej wynika nie tylko ze stałego rozwoju techniki, stosowania nowego sprzętu, ale i wprowadzania nowych rozwiązań w dziedzinie leczenia, czynności pielęgnacyjnych i innych. Ponadto zawsze aktualne pozostaje ludzkie podejście do pacjenta, troskliwość, współczucie i opieka nad chorym. Profesjonalizm tak specyficznego zawodu, jakim jest zawód pielęgniarki nie zdoła zastąpić żadne urządzenie. Lata pracy w tym zawodzie uświadomiły mi, że wiedzą i asertywnością wzmacniamy własny prestiż w codziennej pracy. Spotkałam się w swojej pracy zawodowej

z powiedzeniem, że lekarz spokojnie może zastąpić pielęgniarkę w jej pracy. To pomniejsza nasz autorytet i utrudnia pracę. W jednym z bloków operacyjnych wysokospecjalistycznych wszystkie pielęgniarki operacyjne rozchorowały się i poszły na zwolnienie – nie było żadnym problemem ułożenie planu operacyjnego na następny dzień. Młodszy lekarze powiedzieli, że staną na stanowiskach pielęgniarek opera-

---

**Nie rywalizujcie z lekarzami, lekarze to inny zawód. Pielęgniarka to zawód samodzielny, wykonywany zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi jej środkami i metodami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej.**

---

cyjnych – trwało to tylko kilka godzin gdyż lekarze niestety nie poradzili sobie. Chciałabym, aby lekarze mieli tę świadomość, że nie sprostają pracy dobrze wykwalifikowanej pielęgniarki.

Pielęgniarki tracą bardzo wiele w oczach własnych i innych osób, gdy lekarze mówią, że poradzą sobie bez nich. Przecież my wiemy, który z nich jest dobrym fachowcem a który nie. Czasem się ośmieszają. Student drugiego roku medycyny założył słuchawki na szyję i nie protestował, kiedy mówiono do niego panie doktorze. Widziałam, że na oddziałach zabiegowych lekarze sami wykonują opatrunki, zdejmują szwy, zakładają sondy do żołądka. Dlaczego? Kiedyś wykonywały to pielęgniarki. Teraz jest moda, że „pan doktor zrobi najlepiej”. Widzę często, że nie potrafi czegoś wykonać, ale nie poprosi doświadczonej pielęgniarki o pomoc – często wtedy stoję i obserwuję, ale nie podpowiadam. Pacjent i tak powie „dziękuję panie doktorze”.

Na co jeszcze chciałabym zwrócić uwagę młodszym koleżankom? Gdy zaczynałam pracę i nie mogłam zało-

żyć sondy do żołądka lub wkłucia z różnych powodów, to nie prosiłam lekarza o pomoc tylko koleżankę bardziej doświadczoną pielęgniarkę – dzisiaj w razie trudności prosi się lekarza – dlaczego? Czy koleżanki odmawiają? Czy może idziemy po najmniejszej linii oporu – jak zlecił to niech się męczy. Czasem dla żartu prosiłyśmy chirurga o podłączenie kroplówki, oczywiście zwykłą igłą, nie jednorazową. Zazwyczaj byli przerażeni i mówili – jak siostra się nie wkłuże to ja mam się wkłużyć? Wiedzieli, że jesteśmy w tym lepsze. Mam wrażenie, że teraz są inni ludzie.

Od czterech lat pracuję znowu w szpitalu, ale wszystko jest inaczej niż dawniej. Nie chcę już ulepszać świata, przepracowałam trzydzieści lat i zawsze dla mnie najważniejszy był pacjent. Gdy chciałam pomóc lekarzowi usłyszałam od koleżanek, że się podlizuję lekarzom. Często słyszę, że za 1500 złotych nikt się nie będzie wysiłał, wszystko powoli, po staremu, bo tak było zawsze. Praca specyficzna – wykorzystuję każdą chwilę na rozmowę z pacjentem, nie wyrażam własnych sądów, wspieram, pomagam, niosę nadzieję. Jestem zespołem terapeutycznym, który nie może traktować pacjenta instrumentalnie.

Niedługo skończę 50 lat – do emerytury jeszcze dosyć daleko, ale myślę, że wytrzymam. Z niepokojem patrzę jednak na moje młodsze koleżanki czy i im starczy sił i nie odejdą z zawodu? Z zawodu bardzo ciężkiego i odpowiedzialnego a tak słabo wynagradzanego. Te niskie wynagrodzenia świadczą o tym, jakim autorytetem cieszą się pielęgniarki u osób odpowiedzialnych za służbę zdrowia. Wszyscy zgadzają się, że lekarz musi zarabiać powyżej średniej krajowej, ale nikt nie widzi potrzeby aby pielęgniarka z dużą wiedzą i stażem w zawodzie zarabiała choćby średnią krajową – to też świadczy o autorytecie i prestiżu zawodu pielęgniarki. Co się stanie ze służbą zdrowia, gdy zabraknie odpowiedniej liczby pielęgniarek? Czy dopiero wtedy zaczną się je cenić? ■

Zofia

# Przywileje są zarezerwowane dla obywateli z sektorów...

Jestem pielęgniarką dyplomowaną z ponad 30-letnim stażem zawodowym. Z osoby pełnej energii z optymistycznym nastawieniem do życia i pracy stałam się człowiekiem zrezygnowanym, rozczarowanym i wypalonym zawodowo. Miałam nadzieję, że za 2 lata uda mi się zakończyć tę drogę przez mękę, osiągnąć wiek i prawa emerytalne. Ale jak zwykle rozczarowanie!

Przywileje są zarezerwowane dla obywateli z sektorów... długa lista, a nie siostrzycy z IQ na pograniczu ociążałości umysłowej, które w pozycji społecznej nie mają żadnej znaczącej roli, a swoje istnienie akcentują od czasu do czasu demonstracją, która obietnicą paru groszy do głodowej pensji zostaje przerwana.

**Tkwimy archaizmie**  
spłodzonym przez  
„twórczynię nowoczesnego  
pielęgniarstwa” ze swoją  
służebną wizją zawodu –  
Florence Nightingale.

Nauczyciel pracujący na pół etatu (ustawowo) i trzymiesięcznym urlopie każdego roku, wykończony jest hałasem (zdrowych!) dzieci a do tego ciągle musi się dokształcać – czego o pielęgniarkach powiedzieć nie można. Nawiązując do felietonu prezesa Okręgowej Izby Lekarskiej pana A. Włodarczyka: „siostry (czyt. personel pomocniczy od podawania wody choremu)” dokształcać się nie powinny, bo to „wyrzucone w błoto pieniądze podatników”. Cóż dodać, coż ująć? Jak

nas widzą, tak nas piszą? Aby leczyć patologię trzeba dotrzeć do przyczyn, dlatego ustosunkowując się do pytań konkursowych chciałabym wyrazić swój pogląd – być może w sposób trochę kontrowersyjny, ale nie odbiegający od rzeczywistości, która momentami wydawać by się mogła nieprawdopodobna.

Budowanie autorytetu powinno następować już w procesie edukacji i powinno być priorytetem przez całe życie zawodowe. W każdej profesji istnieje wpojone poczucie własnej wartości, natomiast środowisko pielęgniarskie nigdy nie miało wzorców pozytywnych. Ciągłe wpajanie bezgranicznego konformizmu i spolegliwości wobec otoczenia (pacjenci, ich rodziny, lekarze) spowodowało całkowitą deprecjację tego zawodu. Odbudowanie autorytetu powinno więc być wyzwaniem priorytetowym, ale któż miałby się tym zająć?

Nie wystarczą slogany na łamach tego biuletynu, że „pielęgniarstwo jest zawodem wysokokwalifikowanym i szczególnego zaufania społecznego”. Taka samoocena musi być poparta profesjonalizmem, kulturą osobistą a przede wszystkim poczuciem własnej godności, aby takie schłodzone opinie stały się powszechne. God-

ność to coś co się posiada albo nie i trudno tu mówić o wzbogacaniu tej cechy. Można za to sukcesywnie próbować ją niszczyć, ale to tylko pozory – niszczy się człowieka (stres, depresja, wypalenie zawodowe) a nie jego godność. W dewaluacji zawodu bardzo duże znaczenie odegrał proces masowej produkcji pielęgniarek w latach 80-tych. Licea medyczne powstawały jak grzyby po deszczu produkując w 80 proc. pseudoautorytety permanentnie obniżające prestiż tego zawodu. Szkoły przygotowywały misjonarki do pełnienia posług a nie grupę zawodową ze swoim statusem i odpowiednią klasyfikacją w tzw. „siatce płac”. Skutki tego poszły dalej, bo istnienie szkół dla asystentek i zatrudnianie salowych stało się dziś bezzasadne.

Co pomaga nam w tworzeniu prawdziwego profesjonalizmu?

No cóż! Jedynym pozytywnym akcentem jest istnienie izb pielęgniarskich – organizacji, z którą zmuszeni są polemizować przedstawiciele innych grup medycznych jak i organa rządowe. Jest to duży krok do przodu i przy codziennej aktywności wszystkich członków tej grupy zawodowej może byłaby szansa na odbicie się od dna, którego sięgnęliśmy przez

wieloletnią autodestrukcję. Ale błędne jest myślenie, że ten profesjonalizm tworzymy robiąc po raz drugi dyplom – zdany z wyróżnieniem 30 lat wcześniej i uzupełniony wieloma kursami i pracą zawodową ...!?

Wzmacnianie własnego prestiżu w codziennej pracy z przełożonymi w 80 procentach nie jest możliwe – a wręcz przeciwnie. Nasza samodzielność zawodowa skutecznie jest tłumszona. Zachowania asertywne odbierane są jako konfliktowy charakter a przejaw jakiegokolwiek nonkonformizmu kwalifikuje się do kar regulaminowych.

W naszym pionie nie mamy dobrze przygotowanej kadry kierowniczej (a może to złe zarządzanie zasobami ludzkimi?). Tkwimy w tym archaizmie splecionym przez „twórczynię nowoczesnego pielęgniarstwa” ze swoją służebną wizją zawodu – Florence Nightingale. Istniejący hierarchiczny model zarządzania powszechnie skutkuje niezadowolaniem wśród pielęgniarek.

Nasza kadra kierownicza nie zdaje sobie sprawy ze stosowania metod instruktażowo-nakazowych w obecności osób trzecich, pełni rolę ekonoma folwarcznego, który za dobrą zapłatę trzyma pejcz nad poddanymi – w dobrze pojętym interesie placówki, która go szczerze wynagradza. Godność osobisto-zawodowa zastąpiona została entuzjazmem spowodowanym wysokością stołka i możliwością zarządzania (bardzo aktywnego) w sprawach trywialnych – długość i kolor paznokci, makijaż, rodzaj biżuterii, buciczki, bielizna pod zdezelowaną odzieżą ochronną, jaką serwują placówki służby zdrowia. Tak jak przed 30. laty w szkole – dalej najistotniejsze znaczenie ma aparycja pielęgniarki, która im bliżej skromnoty, prostoty i bezguścia tym większe zaufanie i bezpieczeństwo budzi u przełożonej (naczelnej).

Co pomniejsza nasz autorytet? Przede wszystkim brak przejrzystego zakresu obowiązków. Obarczone dodatkowymi czynnościami niepielęgniarskimi odsuwamy się od pacjentów i roli do jakiej przygotowali nas spe-

cialiści na wykładach. Jesteśmy chyba jedyną grupą zawodową, gdzie niejasny zakres kompetencji pozwala uwikłać nas w czynności usługowo-biurokratyczne wynikające z nieustających reform, za które referentka musiałaby mieć zapłacone a pielęgniarka nie wymaga żadnych nakładów finansowych.

Następnym czynnikiem pomniejszającym nasz autorytet to brak norm zatrudnienia, co z pewnością ma źródło w oszczędnościach finansowych.

---

**Jesteśmy chyba jedyną grupą zawodową, gdzie niejasny zakres kompetencji pozwala uwikłać nas w czynności usługowo-biurokratyczne wynikające z nieustających reform.**

---

Zamiast pięciu pielęgniarek pracują (harują) dwie, dlatego lekarze mogą już mieć uposażenia porównywalne z innymi krajami Unii Europejskiej.

Tylko w przypadku zawodu pielęgniarki używa się terminologii „wydajność” jakby dotyczyło to pracy kombajnu w okresie żniw.

Ta wielka samodzielność zawodowa to basen w jednej ręce, talerz z posiłkiem w drugiej a i kropiółkę upchnie się pod pachę żeby... zaoszczędzić na czasie, bo całe rzesze rodzin pacjentów domagają się obsługi (zmiany pościeli, toalety, wytarcia podłogi z wymiocin).

Pielęgniarka w swojej samodzielności zastąpi wszystkich, tylko jej na tej pędzącej taśmie produkcyjnej nie ma kto zastąpić w czynnościach fachowo medycznych, za które jest odpowiedzialna moralnie i karnie. Zjedzenie śniadania czy wypicie kawy jest powszechnie piętnowane i traktowane jako marnotrawstwo wydajności. Zaspakajanie potrzeb psychospołecznych pacjenta jak i dokumentacja pielęgniarska to fanaberia i strata czasu, bo przy braku

jakiegokolwiek gradacji panuje powszechna opinia, że ochrona zdrowia to lekarz i personel pomocniczy (czytaj pielęgniarka), który dba również o jego nocny wypoczynek na dyżurze, wyłączając w mgnieniu oka dzwonki przyłóżkowe, które mogłyby go zbudzić a konsekwencje wyciągałaby już przełożona. Czy to nie pomniejsza naszego autorytetu? Nie sądzę, aby któraś z pielęgniarek wniosła sprawę o naruszenie swoich dóbr osobistych, bo w tej zawodowej pokorze wie, że może być obiektem znieważania i agresji ze strony pacjentów i ich rodzin. Wszelkie skargi rozpatrywane są na korzyść piniaczy z przeprosinami włącznie i upomnieniem dla pielęgniarki, która śmiała odeprzeć atak.

Czym jest deklaracja mycia basenów przez pielęgniarki jednego ze szpitali (w celu poprawienia stanu finansowego placówki), która chyba wprawiła w osłupienie dziennikarzy, bo podali to w głównym wydaniu wiadomości. To jest nasze pojęcie o budowaniu prestiżu zawodowego ...!?

Dlaczego pozwalamy na bezosobową anachroniczną formę nazywania nas siostrami w masowych środkach przekazu? Jeżeli redaktorzy nie wiedzą, to skąd ma wiedzieć społeczeństwo, że nasz tytuł zawodowy to: pielęgniarka z dyplomem, tytułem magistra bądź doktora?

Konkludując: nasz autorytet jest niszczonej przez nasze środowisko, a inni podążają tym śladem. Dążmy do poprawy tej sytuacji i dbajmy o ten autorytet, bo on jest najlepiej opłacanym atrybutem i dbając o jego budowanie i rozwój może nie musimy już na zawsze zostać personelem pomocniczym.

Nie jest moją intencją obrażanie kogokolwiek tylko uświadomienie istniejących mechanizmów, które wpływają na pomniejszenie naszego autorytetu. Tej 20 proc. kadrze kierowniczej, która ma klasę, wiedzę i predyspozycje do zarządzania życzą awansu na te najwyższe szczeble, aby ich dojrzałe i odważne decyzje mogły mieć wpływ na podniesienie rangi naszego zawodu. ■

mgr Jolanta Kałużna

# Poczucie koherencji u pielęgniarek

Aby móc opisywać, wyjaśniać, czy przewidywać zachowania ludzi potrzebne jest prowadzenie badań. W psychologii wykorzystuje się do tego przeróżne testy, kwestionariusze i ankiety.

Jednym z takich kwestionariuszy jest SOC – The Sense of Coherence Questionnaire, który został opracowany w 1983 roku przez A. Antonovsky'ego, a który przydaje się do badania poczucia koherencji. Właśnie ten kwestionariusz przetłumaczony przez Zakład Psychologii Pracy IMP wykorzystalam do przebadania w 2009 roku, 31 pielęgniarek, z łódzkich szpitali i poradni, biorących udział w kursie kwalifikacyjnym dla pielęgniarek środowiska wychowania i nauczania, zorganizowanym przez Centrum Szkoleniowe „Erudio”.

Kwestionariusz ten bada poczucie koherencji, czyli pewną, trwałą właściwość, która kształtuje się u człowieka, posiadającego zasoby oraz mechanizmy walki ze stresem, pod wpływem czynników stresujących. Poczucie koherencji to zgeneralizowany, emocjonalno-poznawczy sposób patrzenia na świat, pozwalający na dostrzeganie i odbieranie otaczających człowieka zjawisk jako zrozumiałych, poddających się kontroli i sensownych. Antonovsky (1995) uważa, że im silniejsze jest poczucie koherencji, tym większa motywacja do podejmowania aktywności prozdrowotnej. Związana z wysokim poczuciem koherencji wiara, że życie jest sensowne, uporządkowane i przewidywalne stanowi powód, by chcieć być zdrowym, dobrze funkcjonować i nie szkodzić innym.

Poczucie koherencji tworzą trzy elementy: rozumiałość, sterowalność, sensowność.

Zrozumiałość wiąże się z aspektem poznawczym sytuacji, w której organizm podlega działaniu bodźca. Warunkuje ona zdolność do uporządkowania, ustrukturalizowania docierających informacji. Pozwala na antycypację określonych sytuacji lub przynajmniej pozwala wierzyć, że jeśli zaistnieją niespodziewane sytuacje, to będzie możliwe ich zrozumienie i uporządkowanie.

Sterowalność wiąże się z poczuciem dysponowania przez jednostkę środkami czy zasobami, dzięki którym może ona aktywnie wpłynąć na sytuację. Nie muszą to być środki materialne, czy takie które są pod osobistą kontrolą jednostki. Środki te mogą być w dyspozycji rodziny, przyjaciół, organizacji. Ważne jest poczucie, że można się na kimś wesprzeć.

Sensowność wiąże się z emocjonalnym aspektem stosunku do sytuacji, do bodźców, z jakimi styka się jednostka. Poczucie sensowności polega na przekonaniu, że warto angażować się w daną sytuację. Sensowność sprawia, że trudna sytuacja jest postrzegana jako wyzwanie a nie zagrożenie.

Badania pokazały, że przebadane pielęgniarki spostrzegają zarówno świat zewnętrzny jak i same siebie,

swoje emocje, potrzeby i postępowanie jako raczej zrozumiałe, uporządkowane, spójne i jasne. Dość spokojnie myślą o przyszłości, przyszłość wydaje im się dość przewidywalna. Ponadto uważają, że poradzą sobie z problemami, jakie może przynieść im życie. Mają nadzieję, że wszystko ułoży się raczej dobrze. Wierzą również, że w trudnych chwilach mogą liczyć na inne osoby. Przebadane pielęgniarki mają także umiarkowaną motywację do działania. Zazwyczaj czują, że życie ma sens i że przynajmniej część problemów, jakie niesie życie, warta jest wysiłku, poświęcenia i zaangażowania. Niekiedy jednak trudne problemy zniechęcają je do życia. Zdarza się wówczas, że spostrzegają problemy raczej jako piętrzące się przeszkody trudne do przebycia, niż jako wyzwania, które warto podejmować.

Taka postawa pielęgniarek wobec życia nie ma istotnego, pozytywnego ani negatywnego, wpływu na odporność na choroby. Warunkuje raczej przeciętną podatność na choroby somatyczne oraz przeciętną odporność na stres.

Dodatkowo porównalam wyniki przeprowadzonych przeze mnie badań z wynikami pielęgniarek uzyskanych poprzez badanie kwestionariuszem przez J. Koniarkę i współpracowników w 1992 roku. Wówczas przebadano 1023 pielęgniarki z 11 łódzkich



szpitali. Celem tych badań było ustalenie poziomu wypalenia się badanej zbiorowości oraz czynników, które go modyfikują (Koniarek, Dudek, Makowska, 1992).

W przedstawionej poniżej tabeli zestawiłam średnie arytmetyczne (X) z wyników uzyskanych przez pielęgniarki badane w 2009 roku przeze mnie oraz w 1992 roku zbadane przez J. Koniarkę i innych w poszczególnych skalach kwestionariusza KOŻ, odchylenia standardowe (s) oraz wartości t dla różnic między średnimi arytmetycznymi.

się w daną sytuację, że należy walczyć, zdecydowane częściej też spostrzegają sytuacje jako wyzwania a nie zagrożenie.

Na taką zmianę patrzenia przez pielęgniarki na pewno ma wpływ aktualna sytuacja w służbie zdrowia oraz fakt, że pielęgniarki coraz częściej uzyskują wyższe wykształcenie, szkolą się i doskonalą swoje umiejętności zarówno w dziedzinie pielęgniarstwa, ale również w zakresie umiejętności interpersonalnych oraz radzenia sobie ze stresem. To zdecydowanie podnosi poczucie własnej wartości pielęgnia-

Tabela 1. Średnie arytmetyczne (X), odchylenia standardowe (s) oraz wartości t dla różnic między średnimi wyników badania pielęgniarek badanych w 2009 roku oraz 1992 roku za pomocą KOŻ

Badane elementy	Badane zbiorowości				
	Pielęgniarki 2009		Pielęgniarki 1992		T
	X	s	X	s	
Poczucie koherencji	136,13	16,36	124,6	22,45	2,31 p<0,05
Poczucie zrozumiałości	44,45	7,44	41,5	9,32	1,38 p>0,05
Poczucie sterowalności	47,29	6,09	44,1	9,62	1,56 p>0,05
Poczucie sensowności	44,39	6,11	38,9	8,42	2,94 p<0,05

Pielęgniarki badane w 2009 roku uzyskały znamienne wyższe średnie w poczuciu sensowności oraz ogólnym poczuciu koherencji w porównaniu do pielęgniarek badanych w 1992 roku. To pielęgniarki badane przeze mnie, w porównaniu do pielęgniarek badanych przez J. Koniarkę, postrzegają wydarzenia w swoim życiu jako bardziej sensowne, zrozumiałe, częściej mają przekonanie, że warto angażować

rek oraz wpływa na zgeneralizowany, emocjonalno – poznawczy sposób patrzenia nas świat, pozwalający na dostrzeganie i odbieranie otaczających zjawisk jako zrozumiałych, poddających się kontroli i sensownych. ■

Literatura u autora

Jolanta Kałużna  
psycholog

## podziękowania

Na łamach Biuletynu chciałabym serdecznie podziękować i wyrazić ogromną wdzięczność za pełną zaangażowania troskę, pomoc i opiekę nade mną w ciężkiej chorobie, która mnie dotknęła niespodziewanie wszystkim koleżankom pielęgniarkom z Kliniki Chemioterapii, Przełożonej Pielęgniarek – pani Teresie Grobelnej, pani Małgorzacie Tomaszewskiej – Pielęgniarce Oddziałowej Kliniki Chemioterapii, Agnieszce Dubieńskiej, Małgorzacie Nowak z Kliniki Chirurgii, całemu zespołowi lekarskiemu z Kliniki Chemioterapii, paniom salowym, sanitariuszowi oraz wszystkim koleżankom i kolegom z Ośrodka Onkologicznego.

wdzięczna  
Elżbieta Barszczyk

Wszystkim którzy po nagłej śmierci mojego syna okazali mi wsparcie i nieocenioną pomoc, z całego serca dziękuję

Anna Łykowska



# JASKRA wyzwanie dla współczesności

Polska kierując się doświadczeniem innych państw w roku 2006 wprowadziła swój „Program wczesnego wykrywania jaskry” w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. W niniejszej pracy zaprezentuję Program Zdrowotny W w województwie łódzkim.

Program Zdrowotny Wczesnego Wykrywania Jaskry ma na celu obniżenie liczby osób tracących wzrok z powodu uszkodzenia nerwu wzrokowego w przebiegu jaskry poprzez odpowiednio wczesne wykrycie choroby i wdrożenie specjalistycznego leczenia. Szczegółowymi celami Programu są:

1. Zwiększenie liczby wykrywanych przypadków jaskry we wczesnym stadium choroby, w którym podjęcie leczenia może zahamować tempo jej rozwoju.

2. Zachowanie aktywności zawodowej i społecznej u osób z wcześniej wykrytą chorobą.

3. Podniesienie poziomu wiedzy pacjentów objętych Programem w zakresie profilaktyki jaskry i czynników ryzyka jej wystąpienia.

4. Wykrycie w trakcie badań innych schorzeń oczu i przydatków oczu.

5. Zwiększenie dostępności do lekarza okulisty dla mieszkańców województwa łódzkiego.

Z danych Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi wynika, iż w 2006 roku wśród mieszkańców województwa łódzkiego jaskra stanowiła przyczynę 6,2 proc. (tj. 736 przypadków) hospitalizacji okulistycznych.

Wykrycie jaskry we wczesnym stadium i szybkie wdrożenie leczenia daje chorym szansę na zatrzymanie choroby i uratowanie wzroku.

Zniszczenie nerwu wzrokowego w jaskrze jest nieodwracalne, ale leczenie może opóźnić proces jego destrukcji, wpływając na zachowanie funkcji widzenia, a tym samym na utrzymanie wysokiej „jakości życia” rozumianej jako zdolność do uczestnictwa w życiu codziennym oraz aktywności społecznej i zawodowej.

Program nakierowany jest na wczesne wykrywanie choroby – profilaktyka wtórna. W ramach Programu realizowane będą bezpłatne porady okulistyczne dla mieszkańców województwa łódzkiego, obejmujące badanie ciśnienia śródgałkowego, dna oka i komputerowe badanie pola widzenia oraz badanie ankietowe w kierunku występowania czynników ryzyka zachorowania na jaskrę.

Program adresowany jest do kobiet i mężczyzn w wieku od 35 do 60 lat (biorąc pod uwagę rok urodzenia) zamieszkałych na terenie województwa łódzkiego. Program jest finansowany z budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego.

## Dane statystyczne z Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi

W 2006 roku rozpoczęto realizację programu profilaktycznego pod nazwą „Program Zdrowotny Wczesnego Wykrywania Jaskry”. W latach 2006 – 2007 Program realizowano wyłącznie w placówkach zdrowotnych podległych Samorządowi Województwa Łódzkiego.

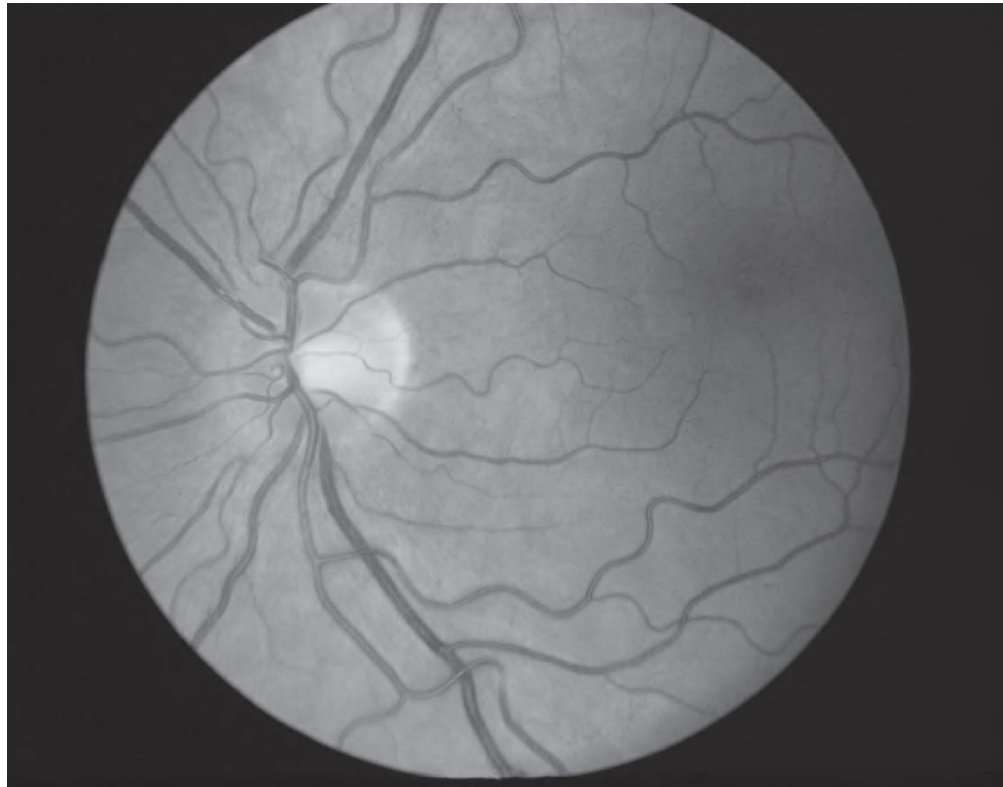
Ogółem w latach 2006 – 2007 przebadano 4336 osób, w tym wykryto 643 przypadki wczesnego stadium i 36 przypadków zaawansowanego stadium jaskry oraz 467 przypadków innych chorób oczu. Wysokość przekazanych środków finansowych z budżetu Samorządu Województwa Łódzkiego na badania wykonane w ramach Programu wyniosła 195.577,52 zł. Szczegółowe informacje zamieszczone zostały w poniższej tabeli. Ponadto w ramach Programu zakupiono

wyszczególnienie
liczba osób przebadanych
wczesne stadium jaskry
zaawansowane stadium jaskry
inna choroba oczu
środki finansowe na badania okulistyczne (w

Justyna Dzedzic

## snej medycyny

### esnej diagnostyki i leczenia jaskry” czesnego Wykrywania Jaskry



także sprzęt okulistyczny za łączną kwotę 246.910,5 zł (8 zestawów perymetrów komputerowych, 1 tonometr bezdotykowy).

#### **Analiza ankiet wszystkich osób biorących udział w Programie w 2007 roku**

Program Zdrowotny Wczesnego Wykrywania Jaskry zakładał przeprowadzenie u każdego pacjenta ankiety dotyczącej czynników ryzyka zachorowania na jaskrę. Ankiety dostarczyły informacji na temat populacji osób, jaka została przebadana w ramach Programu.

Badaniem objęto 1628 osób, z czego 70,8 proc. (tj. 1152 osób) stanowiły kobiety. Mężczyźni charakteryzowali się znacznie mniejszą zgłaszalnością na badania, odsetek przebadanych mężczyzn wyniósł 29,2 proc. Wśród czynników ryzyka zachorowania

na jaskrę populacja badana wymieniała najczęściej długotrwałe stres – narażenie na ten czynnik zgłosiło 48,1 proc. osób biorących udział w Programie (783 badanych). Drugim pod względem częstości występowania (tj. u 36 proc. badanych, czyli u 586 osób) czynnikiem ryzyka było niskie ogólne ciśnienie krwi. Na trzecim miejscu znalazły się częste bóle głowy zgłoszone przez 34,6 proc. badanych (563 osoby). Objawy naczynioskurczowe charakteryzowały 34,5 proc. populacji (562 osób), zaś 31,2 proc. ogólnej liczby pacjentów (508 osób) chorowało na hiperlipidemię/hipercholesterolemię. 20,5 proc. pacjentów (333 osoby) wymieniło jako czynnik ryzyka występowanie jaskry w rodzinie. Kolejnymi czynnikami były krótkowzroczność poniżej -4 dioptrii, zgłoszona przez 4,85 proc. badanych (79 osób) oraz długotrwałe stosowanie sterydów – wskazane przez 4,1 proc. populacji badanej (66 osób). Informacje na temat czynników ryzyka przedstawiono na wykresach (s.26).

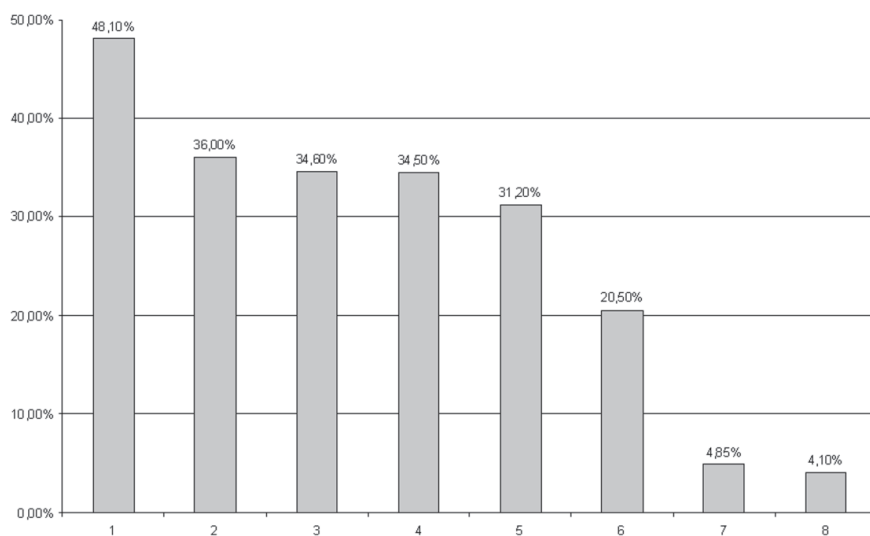
Występowanie czynników ryzyka zachorowania na jaskrę u wszystkich osób biorących udział w Programie na podstawie badania ankietowego.

W 2008 roku zaplanowano zwiększenie dostępności do badań w kierunku jaskry mieszkańcom województwa łódzkiego. W związku z tym przeprowadzono otwarty konkurs ofert na realizatora „Programu Zdrowotnego Wczesnego Wykrywania Jaskry”. Od początku realizacji programu (od maja 2008 roku) do listopada 2008 roku przebadano 4041 osób i wydatkowano na ten cel z budżetu województwa 192.768,64 zł.

Biorąc pod uwagę fakt, że późne wykrycie jaskry wiąże się z poważnymi konsekwencjami zarówno zdrowotnymi (utrata wzroku), społecznymi oraz ekonomicznymi (ograniczenie aktywności społecznej i zawodowej osoby chorej) można stwierdzić, że efekty Programu Zdrowotnego Wczesnego Wykrywania Jaskry są znaczące. Poza korzyściami wynikającymi ze zdiagnozowania wielu schorzeń oczu. Program umożliwił zwiększenie dostępności do lekarza okulisty na terenie województwa łódzkiego, jak również poprzez wyposażenie placówek opieki zdrowotnej w nowoczesny sprzęt okulistyczny, przyczynił się do podniesienia jakości świadczonych w nich usług okulistycznych<sup>1</sup>.

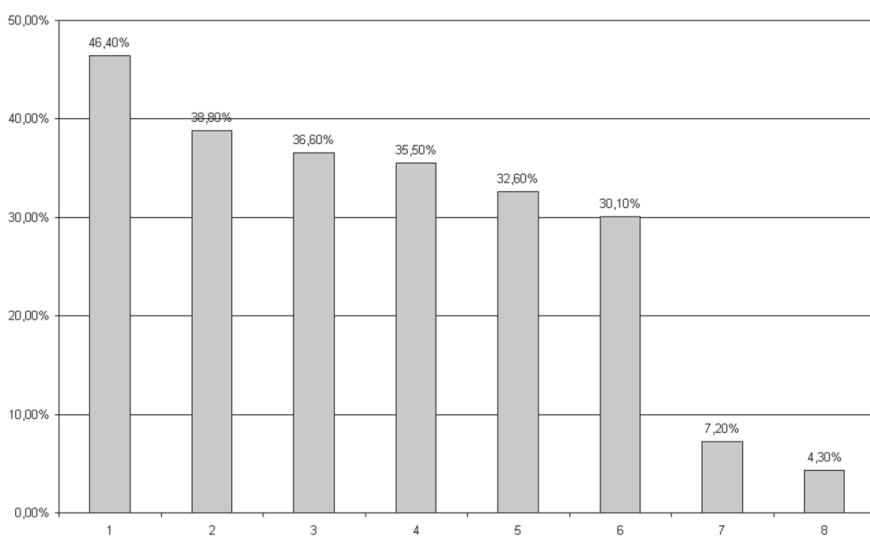
	2006	2007	ogółem
	2 708	1628	4336
	379	264	643
	24	12	36
	161	306	467
zł)	117 300	78 277,52	195.577,52

## Występowanie czynników ryzyka zachorowania na jaskrę u wszystkich osób biorących udział w programie na podstawie badania ankietowego



1. Długotrwały stres 2. Niskie ogólne ciśnienie we krwi. 3. Częste bóle głowy. 4. Objawy naczynioskurczowe. 5. Hiperlipidemia/hipercholesterolemia. 6. Występowanie jaskry w rodzinie. 7. Krótkowzroczność > -4 dioptrii. 8. Długotrwałe stosowanie sterydów.

## Czynniki wystąpienia jaskry u osób, u których zdiagnozowano chorobę



1. Długotrwały stres 2. Częste bóle głowy. 3. Objawy naczynioskurczowe. 4. Hiperlipidemia/hipercholesterolemia. 5. Niskie ogólne ciśnienie krwi. 6. Występowanie jaskry w rodzinie. 7. Krótkowzroczność > -4 dioptrii. 8. Długotrwałe stosowanie sterydów.

## Program „Usprawnienie wczesnej diagnostyki i zwiększenie leczenia jaskry”

Autor i koordynator programu prof. dr hab. med. Krystyna Czechowicz-Janicka. Celem programu jest zwiększenie wykrywalności jaskry w Polsce oraz zmniejszenie liczby

niewidomych z powodu jaskry. Na program składa się:

1. Edukacja społeczeństwa poprzez informację o chorobie umieszczane we wszystkich ośrodkach zdrowia, artykuły popularno-naukowe, audycje w radiu i telewizji, drukowanie listów intencyjnych oraz akcje billboardowe.

2. Profilaktyka wsparta o badanie i wstępną selekcję chorych, dokonywaną przez Szkołę Jaskry (specjalne podręczniki do nauki, schematy badań, filmy instruktażowe).

3. Monitorowanie terapii jaskry – przez lekarzy okulistów na poczet Europejskiego Towarzystwa Jaskrowego.

4. Utworzenie Centralnej Polskiej Bazy Danych o chorych na jaskrę. Dane dotyczące metod leczenia, czynników ryzyka rozwoju choroby, kosztów leczenia jaskry. Baza danych w Polsce znajduje się Klinice Okulistycznej CMKP w Warszawie.

6 marca jest obchodzony Międzynarodowy Dzień Walki z Jaskrą. Z inicjatywy Polskiego Towarzystwa Profilaktyki Jaskry oraz Instytutu Jaskry w Warszawie uruchomiona została specjalna strona internetowa [www.zbadajoczy.pl](http://www.zbadajoczy.pl), na której każdy może wykonać samodzielnie test, oceniający czy i na ile zagrożony jest tą chorobą. Test w kierunku jaskry został opracowany oddzielnie dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży.

Polskie Towarzystwo Profilaktyki Jaskry jest właścicielem hasła: „Polsko nie ślepnij” oraz logo kampanii, jak również oprawy graficznej, ulotek, plakatów, billboardów oraz podręczników dla lekarzy rodzinnych dotyczących jaskry. W określone dni w roku Członkowie Stowarzyszenia prowadzą nieodpłatne badania diagnostyczne w kierunku jaskry oraz całe poradnictwo w zakresie jaskry: [www.jaskra.org.pl](http://www.jaskra.org.pl). Na program składa się wczesne wykrycie choroby i prawidłowe leczenie jaskry, które hamują jej rozwój, a u części pacjentów w istotny sposób je spowalniają. Powoduje to wielokrotne (około 10 razy) zmniejszenie grup osób z zaawansowanymi uszkodzeniami nerwu wzrokowego. ■

1. Departament Polityki Zdrowotnej, Urząd Marszałkowski w Łodzi, dane statystyczne od Podinspektora Wydziału Ochrony Zdrowia Julii Śledzińskiej

Praca napisana przez Justynę Dziedzic, studentkę I roku studiów pomostowych kierunku pielęgniarstwo pod kierunkiem dr n. med. Ewy Sudoł-Jednorowicz

## Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego

# Pomiędzy normą psychiczną a patologią



10 października po raz kolejny obchodzimy Światowy Dzień Zdrowia Psychicznego. Zwraca on uwagę na problemy osób z zaburzeniami psychicznymi i problemy leczenia psychiatrycznego. Daje również okazję do zastanowienia się nad postawami społecznymi w odniesieniu do chorych psychicznie oraz zagadnieniami związanymi z higieną psychiczną i szeroko pojętą profilaktyką zaburzeń psychicznych.

Zaburzenia psychiczne, a zwłaszcza choroby psychiczne, są jednym z ważniejszych problemów społecznych. Znane są współczesnym społeczeństwom bez względu na poziom rozwoju społeczno-gospodarczego i występowały historycznie. Towarzystwo im różne poglądy na temat etiologii, różna klasyfikacja i nazewnictwo.

Tak naprawdę psychiatria jako odrębna dziedzina medycyny powstała na przełomie XVIII i XIX wieku. Do tego czasu lekarzy zajmujących się chorymi umysłowo nazywano alienistami (od łac. *alienus* – obcy, cudzy, do kogoś innego należący).

Największy rozwój wielkich systemów i szkół w psychiatrii, które obejmowały różne klasyfikacje zaburzeń psychicznych, opisy ich objawów, etiopatogenezę i metody leczenia nastąpił w drugiej połowie XIX wieku i pierwszej połowie XX wieku. Zakres społecznej refleksji nad chorobą psy-

chiczną i osobą chorą psychicznie był w psychiatrii uzależniony od określonych kierunków i nurtów występujących w tej dyscyplinie. Podczas gdy dominowało organiczne, somatyczne podejście do choroby psychicznej, wówczas jej kontekst społeczny, a także psychologiczny były traktowane marginalnie lub w ogóle nie były brane pod uwagę (szczególnie w ujęciu neuropsychiatrycznym, koncentrującym się na badaniu mózgu).

Od początku XX wieku wraz z rosnącym znaczeniem kierunków psychodynamicznych, a od połowy XX wieku wraz z rozwojem psychiatrii społecznej i kulturowej, nastąpiła zmiana perspektywy poznawczej i wzrost roli czynników psychologicznych, społecznych i kulturowych w wyjaśnianiu uwarunkowań, diagnozy i koncepcji terapii zaburzeń psychicznych.

W latach siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku metody

diagnostyczne w psychiatrii i psychologii klinicznej uległy znacznemu rozszerzeniu i usprawnieniu w kierunku większej obiektywizacji ich kryteriów. Poza weryfikowanym wymiarem symptomatologicznym, wprowadzono do diagnozy psychiatrycznej standaryzowane testy psychologiczne, kwestionariusze socjologiczne oraz różnego rodzaju skale psychospołeczne oceniające psychologiczne i społeczne funkcjonowanie pacjenta.

Trudno jednak zdefiniować pojęcie zdrowia psychicznego odwołując się do obiektywnych miar i jednoznacznych określeń. Może ono mieć jedynie charakter wielopłaszczyznowy i opisowy. Równie mgliste jest pojęcie normy psychicznej.

Potocznie za normę psychiczną uważamy brak patologii psychicznej (norma jako przeciwieństwo zaburzeń psychicznych), ale czym są wobec tego zaburzenia psychiczne.

Antoni Kępiński opisując różne pojmowanie granicy między normą a patologią wskazał na to, że objawy znamionujące zaburzenia psychiczne mogą występować przejściowo u każdego z nas. Nie ma chyba człowieka, który nie doświadczałby lęku, przygnębienia, zaburzeń percepcji itd.

Próbie określenia, czym jest norma psychiczna podejmowano z różnych perspektyw. I tak pojęcie normy statystycznej określa jako normalne to, co powszechne, uśrednione, oscylujące w granicach średniej statystycznej. Czy kryterium normalności psychicznej może być wyłącznie powszechność jakiejś cechy? Co z jednostkami wybitnymi?

Według normy kulturowej normalne jest to, co zgodne ze zwyczajami, wzorcami kulturowymi środowiska, kryterium normalności jest konieczność dostosowania do ogólnie przyjętych norm i wartości społecznych (ilość zdrowych i chorych zmienia się w zależności od tolerancji społecznej i obyczajowości).

W normie przystosowawczej (adaptacyjnej) normalny jest ktoś, kto dobrze przystosowuje się do środowiska, optymalna adaptacja polega na zgodności pomiędzy potrzebami jednostki a warunkami zewnętrznymi. Co w sytuacji, gdy dana osoba dostosowuje się np. do środowiska przestępczego? Czy w tym wypadku spełnia kryterium normalności?

Norma rozwojowa – zdrowy jest ten, kto rozwija w pełni możliwości swojej osobowości i aktualizuje je w swoje rzeczywiste atrybuty. Wielu z nas jednak zaprzepaszcza swoje talenty i możliwości, czy przekroczyliśmy wobec tego granicę normalności?

Na pewno najbliższe prawdzie jest pojęcie normy mieszanej (eklektycznej) powstające z połączenia wcześniej opisanych kryteriów, ale wówczas znów jesteśmy w punkcie wyjścia, bo granice pomiędzy normą a patologią rozmywają się.

Współczesna wersja socjopsychosomatycznego modelu choroby

i zdrowia, uzupełniona o aspekt ekologiczny, ukształtowała się pod wpływem międzynarodowych działań promocyjnych Światowej Organizacji Zdrowia. Według znanej nam wszystkim definicji WHO – zdrowie oznacza stan dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby.

Określenie to odzwierciedliło opozycyjny pogląd w stosunku do biome-

– zdolność do wszechstronnego rozwoju i samorealizacji, samoakceptację,

– poczucie własnej wartości, autonomii i tożsamości,

– dynamiczną równowagę czynników osobowościowych,

– umiejętności osiągania optimum szczęścia i zadowolenia z życia, zdolność do zabawy, miłości i pracy, skuteczną realizację własnych celów lub re-

**Psychiatria jako odrębna dziedzina medycyny powstała na przełomie XVIII i XIX wieku. Do tego czasu lekarzy zajmujących się chorymi umysłowo nazywano alienistami (od łac. *alienus* – obcy, cudzy, do kogoś innego należący)**

dycznej koncepcji zdrowia i choroby, ale jak podkreślają krytycy tego modelu – jest rozumiane prawie jako wyraz ideału bio-psycho-socjalnego. Czy jest to więc stan osiągalny?

Poglądy różnych autorów na problematykę zdrowia psychicznego i jego wyznaczników można przedstawić z punktu widzenia trzech głównych dyscyplin naukowych zajmujących się tymi zagadnieniami. Są to definicje:

1. Medyczne – określające zdrowie psychiczne jako:

– brak choroby psychicznej lub niewystępowanie objawów psychopatologicznych,

– równowagę w procesach fizjologicznych pobudzenia i hamowania,

– dynamiczną homeostazę biochemiczną w procesach psychicznych,

– lub niewystępowanie defektów w strukturze lub funkcjach psychicznych;

2. Psychologiczne – wskazujące na takie cechy zdrowego psychicznie człowieka, jak:

alistyczne postrzeganie rzeczywistości.

3. Socjologiczne – skupiają się wokół takich problemów, jak:

– zdolności adaptacyjne człowieka do zmieniających się warunków,

– przystosowanie jednostki do norm kultury lub szerzej – do środowiska społecznego i materialnego, w którym żyje,

– internalizacja norm w procesie socjalizacji, umiejętność współżycia w grupie i prawidłowego funkcjonowania w rolach społecznych i ich efektywnego pełnienia,

– zachowanie się konformistyczne lub dominujące statystycznie w danej grupie.

Termin zdrowie psychiczne, niezależnie od tego, czy jest definiowany przez reprezentantów medycyny czy nauk społecznych, okazuje się najczęściej zbiorem cech pozytywnych i wartości społecznych lub braku ich negatywnych odpowiedników. Jest także wyrazem określonych dążeń oraz

**Pielęgnowanie pacjenta z zaburzeniami psychicznymi winno wynikać z holistycznego modelu człowieka. Pielęgniarka ustalając diagnozę pielęgniarstwa musi brać pod uwagę sferę biologiczną, psychiczną, społeczną i duchową osoby, nad którą sprawuje opiekę**

orientacji normatywnych, pożądaných stanów emocjonalnych i poziomu funkcjonowania społecznego człowieka. Jest więc przeciwstawny pojęciu choroby psychicznej.

Pod pojęciem zaburzenia psychicznego (według podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych DSM – jego IV edycja ukazała się w 1994 roku) należy rozumieć klinicznie znaczący symbol lub wzorzec behawioralny lub psychologiczny, który obserwujemy u danej jednostki i który ma związek z odczuwanym w danym momencie cierpieniem (bolesnym symptomem) lub upośledzeniem (zakłóceniem w jednej lub więcej niż jednej sferze funkcjonowania), lub ze znacznie zwiększonym ryzykiem poniesienia śmierci, odczuwania bólu, upośledzenia, czy poważnego ograniczenia swobody działania. Jerome Wakefield zaproponował następujące uproszczenie ww. definicji: Zaburzenie psychiczne, to stan psychiczny, który:

- powoduje znaczące cierpienie lub upośledzenie,
- jest czymś więcej niż ogólnie przyjętą formą reakcji na konkretne wydarzenie,
- oraz stanowi przejaw dysfunkcji psychicznej.

Zgodnie z zaleceniami WHO powszechnie prowadzona jest Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – rewizja dziesiąta (ICD – 10). Ma ona na celu ujednoczenie terminologii opisującej jednostki chorobowe i problemy zdrowotne – tak w skali danego kraju, jak i całego świata. Jest to warunek niezbędny, by całe środowisko medyczne mówiło tym samym uniwersalnym językiem. Jej rozdział piąty zawiera następujące grupy schorzeń i problemów zdrowotnych z zakresu zaburzeń psychicznych:

F00 – F09: Zaburzenia psychiczne organiczne włącznie z zespołami objawowymi.

F10 – F19: Zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych.

F20 – F29: Schizofrenia, zaburzenia typu schizofrenii (schizotypowe) i urojeniowe.

F30 – F39: Zaburzenia nastroju (afektywne).

F40 – F48: Zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i pod postacią somatyczną.

F50 – F59: Zespoły behawioralne, związane z zaburzeniami fizjologicznymi i czynnikami fizycznymi.

F60 – F69: Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych.

F70 – F79: Upośledzenie umysłowe.

F80 – F89: Zaburzenia rozwoju psychicznego.

F90 – F98: Zaburzenia zachowania i emocji rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie i w wieku młodzieńczym.

**Dla celów praktyki pielęgniarskiej najprostszy podział zaburzeń psychicznych przedstawia ustawa o ochronie zdrowia psychicznego.**

F99: Zaburzenia psychiczne bliżej nieokreślone (BNO).

Dla celów praktyki pielęgniarskiej najprostszy podział zaburzeń psychicznych przedstawia ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Wyróżniamy więc:

- 1) zaburzenia psychotyczne,
- 2) upośledzenie umysłowe,
- 3) inne zakłócenia czynności psychicznych (niepsychotyczne).

Z tego podziału wynikają różne w poszczególnych grupach zaburzeń metody terapii, problemy pielęgnacyjne i interwencje pielęgniarskie. Zwłaszcza psychozy o charakterze przewlekłym i nawracającym prowadzą do dużego deficytu samoopieki, a w konsekwencji niepełnosprawności.

Wielu chorych z psychotycznymi zaburzeniami, głównie w okresie nasilenia objawów chorobowych, nie jest w stanie z powodu tych zaburzeń samodzielnie zabezpieczyć swych potrzeb.

Pielęgnowanie pacjenta z zaburzeniami psychicznymi winno wynikać

z holistycznego modelu człowieka. Pielęgniarka ustalając diagnozę pielęgniarską musi brać pod uwagę sferę biologiczną, psychiczną, społeczną i duchową osoby, nad którą sprawuje opiekę, a także mieć świadomość wzajemnych interakcji tych sfer. U chorego z rozpoznaną psychozą możemy m.in. identyfikować deficyt samoopieki w zakresie potrzeby odżywiania wynikający np. z urojeń prześladowczych. Z drugiej strony chory psychicznie może cierpieć na każdą inną chorobę somatyczną.

Opieka nad osobami z zaburzeniami psychotycznymi stawia przed opiekunami wiele problemów. Są nimi choćby konflikty w środowisku pracy i zamieszkania chorego, które często wynikają one z uciążliwych zachowań

osób chorych psychicznie, ale też z obaw otoczenia przed nieprzewidywalnością ich zachowań.

Dystans jaki „zdrowi” utrzymują w stosunku do osób chorych psychicznie często jest rezultatem braku wiedzy otoczenia dotyczącej przyczyn tych uciążliwych zachowań oraz zasad postępowania z chorymi.

W warunkach zmian systemowych zachodzących w ochronie zdrowia z jednej strony oraz uwarunkowań epidemiologicznych demograficznych, z drugiej strony organizacja opieki nad przewlekłe chorymi psychicznie staje się jednym z głównych wyzwań dla jej organizatorów. ■

Piśmiennictwo:

1. Bishop G.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum. Wrocław 2007.
2. Brodński W.: Choroba psychiczna w świadomości społecznej. Oficyna Naukowa, Warszawa 2000.
3. Czabała Cz.: Zdrowie psychiczne. Zagrożenia i promocja. IPIŃ, Warszawa 2000.
4. Dąbrowski S., Pietrzykowski J.: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. PZWL, Warszawa 1997.

# z żałobnej karty

Zbyt wcześnie odeszła od nas koleżanka położna

## Henryka Bartczak

wspaniały, prawy człowiek  
przyjazna wszystkim była oddziałowa Kliniki Perinatologii i Ginekologii Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki.  
Pozostanie w naszej pamięci.

Marsz żałobny

Na cmentarzu setki alejek

Tysiące grobów...

W każdym leżą wspomnienia  
i pamięć bliskich

Każdy grób kryje w sobie tajemnicę  
W każdym skończyło się czyjeś życie  
Nad każdym ktoś wylewał łzy  
W każdym ciało... lecz bez duszy

Znicze płoną, ogień tańczy  
Jakby chciał powiedzieć Wam:  
Nic nie dzieje się bez powodu  
Nie miejcie kłopotów, życie jak ja

Zawiało mocniej, ogień zgaśł  
Świat przeminął, umarł czas  
I trąbka marsz żałobny gra.  
To pogrzeb... Ktoś odchodzi  
Jak odeszłam ja

Z głębokim żalem pożegnaliśmy naszą koleżankę

## Eulalię Graczyk

która odeszła od nas 26 maja 2009 roku w wieku 50 lat. Życzliwa i uśmiechnięta  
pozostanie na zawsze w naszej pamięci

Naczelna Pielęgniarka wraz z koleżankami pielęgniarkami i położnymi WOMP CP-L w Łodzi