

## Ceremonie w tradycji szkół pielęgniarskich

Poprzez uzewnętrznianie symboli zawodowych i ceremonii pielęgniarki miały świadomość swojej szczególnej roli w społeczeństwie, a także świadomość odrębności zawodowej wśród zawodów medycznych. Miały...

## Przemoc domowa względem dzieci

Krzywdzenie dzieci w rodzinie jest zjawiskiem wieloprzyczynowym i mającym wiele odmian. Skutki przemocy doświadczonej w dzieciństwie dramatycznie wpływają na życie dorosłych ofiar.

## Osteoporoza – cichy złodziej kości

Sondaże przeprowadzane w ostatnich latach wskazują na to, iż po 50 roku życia na osteoporozę choruje co 4 kobieta i co 6–7 mężczyzna.

## Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
- 3 **Serwis informacyjny**
- 5 **Radca prawny radzi**
- Rozstrzygnięcie konkursu "Kształcenie zawodowe pielęgniarek i położnych – blaski i cienie"**
- 6 Czy nie lepiej czekać na mannę z nieba?
- 8 *Panta rhei*
- 10 Systemy kształcenia w wybranych krajach Unii Europejskiej
- 13 Ceremonie w tradycji szkół pielęgniarskich
- Okiem psychologa**
- 16 Przemoc domowa względem dzieci. Możliwości pomocy
- 20 *Barwy w psychologii*
- Światowy Dzień Osteoporozy**
- 22 Osteoporoza – cichy "złodziej" kości
- 25 Standard postępowania z pacjentem agresywnym
- 26 *Kącik biblioteczny*
- Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna**
- 27 Wsparcie społeczne w procesie osierocenia jako profilaktyka żałoby patologicznej
- 28 NIK o kształceniu pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
Adres redakcji: 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17  
tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl  
Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska  
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.  
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.  
ISSN: 1640 - 7679  
Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych  
Nakład: 3700 egzemplarzy  
Druk: BiK – M. Bernaciak, 91 - 729 Łódź, ul. Smutna 16



# Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Dużo jest wśród nas takich:  
ogromne łakomstwo na wielkie czyny  
i bardzo mało jakiegokolwiek roboty  
*Stefan Żeromski*

Drogie Koleżanki i Koledzy!  
Uczestnicząc w wielu spotkaniach i naradach często spotykam się z opinią, że jesteśmy (my - pielęgniarki i położne) środowiskiem bardzo skłóconym, pełnym kompleksów, rozłamany, niedowartościowanym i niezadowolonym ze swojej pozycji w sferze ochrony zdrowia. Powiem szczerze, że bardzo mnie boją i osobiście dotyczą te opinie, gdyż jestem pielęgniarką i wcale nie uważam się za zakompleksioną i niedowartościowaną. Wręcz przeciwnie. Uważam, że zarówno ja, jak i moje doskonale wykształcone, ustawicznie doszkalające się „koleżanki po fachu” jesteśmy solidnie przygotowane do zawodu. Mamy przecież wysokie kwalifikacje i kompetencje, posiadamy ogromny prestiż i zaufanie społecznie. Wykonujemy swoją pracę jako kompetentni profesjonaliści medyczni, doradcy i opiekunowie pacjentów, wykładowcy i nauczyciele zawodu a także jako specjaliści w zakresie zarządzania organizacjami w ochronie zdrowia. Tylko właśnie... co z tego? Rozłam i niezadowolenie w naszym środowisku wynikają z zupełnie innych czynników. Moim zdaniem spore zamieszanie w naszym środowisku spowodowały zmiany społeczne, ekonomiczne, finansowe, które od

wielu lat zachodzą w naszym kraju. A pomimo tych zmian w dalszym ciągu nie ma ustabilizowanej sytuacji w ochronie zdrowia. Niestety, wśród tych zmian - pomimo podejmowania przez nas wielu protestów, rozmów, dyskusji z rządzącymi - które miały pomóc nam wydobyć się wreszcie „z dołka” - pozostałyśmy dalej niezauważone, niedoceniane, lekceważone i nie szanowane. Dlatego też ciągle znajdujemy się na pozycji „walczącej” o swoje miejsce i godne warunki w tym zmieniającym się, niestabilnym systemie. Stąd też wynika nasze niezadowolenie, nasza apatia i brak motywacji - chcemy być zauważone i godnie docenione za rzetelną pracę - a nie tylko „przydatne w potrzebie”. Jest to przykre i dyskryminujące. Bezsilność, niemoc, zastój, stagnacja... To wszystko powoduje w nas coraz większe niezadowolenie i narastające wypalenie, a to z kolei prowadzi do konfliktów i coraz bardziej negatywnych odczuć. Trudno w takiej sytuacji przez tyle lat „zaciskać zęby i uśmiechać się przez łzy”. To zaczyna być coraz bardziej widoczne. Dlatego jesteśmy tak źle postrzegane i odbierane. Uważam jednak, że jeśli pozwolimy się „podpuścić” i dać wciągnąć w nasze wewnętrzne konflikty zgubimy wspólne cele i punkt odniesienia. Skłóconą grupą łatwiej się manipuluje (!) - solidarną i zjednoczoną się nie da. Warto o tym pamiętać.

Nie dajmy więc wciągać się w niepotrzebne spory, naładowane negatywnymi emocjami, które powodują frustracje i rozgoryczenie co z kolei powoduje upust w postaci obelg i bezkrytycznych pomówień - głównie na kadrę kierowniczą, związki zawodowe i samorząd zawodowy. To mało konstruktywne działania, które czynią dużo złego i służą tylko do podgrzewania i tak już bardzo rozgrzanych, negatywnych emocji. Na tym nie można niczego zbudować. Może spróbujemy te żywiołowe dyskusje wykorzystać do rozwiązywania naszych faktycznych problemów: pielęgniarstwa jako dobrej praktyki i nauki, nowych, czytelnych i merytorycznych form prawnych wykonywania zawodu, zapewnienia godziwego wynagrodzenia i właściwej organizacji pracy, rozwoju funkcji zawodowych, oraz ulepszenia systemu kształcenia w tym jakże trudnym czasie reform.

Zachęcam Państwa do merytorycznych dyskusji na łamach naszego Biuletynu.

Za każdą uwagę i wskazówkę - nawet krytyczną ale szczerą - z góry Państwu serdecznie dziękuję. •

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi  
mgr Zofia Komorowska

# Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje

## Prezydium ORPiP w dniu 16 sierpnia br. roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 22 pielęgniarkom, 1 położnej.
- Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 8 pielęgniarek.
- Skreślono z listy członków i rejestru pielęgniarek 2 pielęgniarki.
- Od jednej pielęgniarki przyjęto oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu na czas nieokreślony.
- Podjęto 12 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.
- Podjęto decyzję o przedłużeniu przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki dłuższej niż 5 lat.
- Przyznano pomoc finansową w wysokości po 1200 zł trzem osobom.
- Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych - Centrum Kształcenia ERUDIO, kurs specjalistyczny w zakresie Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin, program dla pielęgniarek.
- Podjęto uchwały dotyczące powołania komisji kwalifikacyjnych, egzaminacyjnych, kadry dydaktycznej, szkolenia specjalizacyjnego, kursów kwalifikacyjnych i specjalistycznych organizowanych i prowadzonych przez OIPiP w Łodzi.
- 2 osobom przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa z oceną bardzo dobry w dyplomie.
- Przyznano dofinansowania w: kursach kwalifikacyjnych: 46 osobom, kursach specjalistycznych: 4 osobom, studiach podyplomowych: 1 osobie.
- Przyznano 1 nagrodę finansową za uzyskanie tytułu doktora nauk medycznych.
- Ze względów regulaminowych - wnioski złożone po terminie - odmówiono dofinansowania 3 osobom.
- Wytypowano przedstawicieli OIPiP do udziału w komisjach konkursowych na stanowiska pielęgniarek oddziałowych i ordynatorów.

## Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w dniu 2 - 4 września br. roku

- Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 16 pielęgniarkom i 6 położnym.

- Wymieniono prawo wykonywania zawodu 3 pielęgniarkom.
- Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek 1 pielęgniarkę.
- Skreślono z rejestru pielęgniarek i położnych oraz listy członków 2 pielęgniarki i 2 położne.
- Podjęto 3 uchwały dotyczące rejestru indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych.
- Przyjęto sprawozdanie skarbnika z wykonania dochodów i kosztów na dzień 30 czerwca 2010 roku.
- Rozpatrzone pozytywnie 2 odwołania od decyzji dotyczących dofinansowania do kursów, 4 decyzje odmowne utrzymano w mocy.
- Powołano dwie komisje lekarskie celem oceny niezdolności do wykonywania zawodu pielęgniarki.
- Przyjęto sprawozdanie mgr Marii Kowalczyk dotyczące przeprowadzonych przez OIPiP w Łodzi szkoleń, kursów w okresie od 01.01 do 20.07.2010 roku.
- Przyjęto sprawozdanie mgr Marii Kowalskiej z działalności Zespołu ds. Jakości Kształcenia za okres 01.06 do 31.08.2010 roku.
- Podjęto decyzję w sprawie sfinansowania kosztów konferencji „Rola państwa i zadania pielęgniarki w zakresie zaspokojenia potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych osób starszych i niepełnosprawnych”.
- Podjęto uchwałę w sprawie poparcia kandydatury pani Ewy Skiby do odznaczenia „Za Zasługi dla Miasta Łodzi”
- Przyznano honoraria za artykuły opublikowane w Biuletynie 7-9/2010 - 7 autorom.
- Przyznano jedną zapomogę bezzwrotną 1 osobie.
- Odmówiono dofinansowania udziału w kształceniu podyplomowym 2 osobom - wnioski o dofinansowanie złożono po terminie.
- 2 osobom przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa z oceną bardzo dobry, 1 osobie odmówiono przyznania nagrody finansowej ze względów regulaminowych.
- Podjęto uchwałę w sprawie środków finansowych na zakup sprzętu do realizacji projektu Program operacyjny Kapitał Ludzki. Priorytet IX. Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach, działanie 9.3. Upowszechnianie formalnego kształcenia ustawicznego „Postępowanie w stanach zagrożenia życia” oraz przygotowania do realizacji ww. projektu.
- Wytypowano przedstawicieli OIPiP do udziału w komisjach egzaminacyjnych.

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

## **Opinia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego w sprawie kwalifikacji, jakie powinna posiadać położna prowadząca poród w wodzie**

Położna może prowadzić poród w wodzie samodzielnie, pod warunkiem ukończenia kursu specjalistycznego, zgodnie z 6 ust. 1 pkt. 3 lit. b rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych, wykonywanych przez pielęgniarkę samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, oraz zakresu takich świadczeń wykonywanych przez położną samodzielnie (DzU z roku 2007, Nr 210, poz. 1540) lub na zlecenie lekarskie. Kurs specjalistyczny ma na celu uzyskanie przez położną kwalifikacji do wykonywania określonych czynności zawodowych przy udzielaniu świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych lub rehabilitacyjnych (art. 1 ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej – tekst jednolity z 2001 roku, DzU Nr 57, poz. 602 ze zm.).

Zdaniem konsultanta wykonanie zlecenia lekarskiego musi mieścić się w umiejętnościach, jakie położna nabyła w trakcie kształcenia do zawodu lub kształcenia podyplomowego. Jeżeli zlecenie wykracza poza zakres jej umiejętności, to powinna odmówić jego wykonania podając przyczynę odmowy na piśmie. Nie mając przygotowania specjalistycznego, położna naraża kobietę rodzącą i jej dziecko na niebezpieczeństwo utraty zdrowia lub życia. •

Konsultant Krajowy w Dziedzinie Pielęgniarstwa Ginekologicznego i Położniczego  
*Leokadia Jędrzejewska*



W związku ze zbliżającym się Międzynarodowym Dniem Cukrzycy ustanowionym przez Światową Organizację Zdrowia, pragnę serdecznie zaprosić Szanowne Koleżanki na konferencję pt.

### **Cukrzyca problemem społecznym XXI wieku**

Będzie to dla mnie ogromny zaszczyt i wyróżnienie gości Państwa na spotkaniu, gdzie poruszone zostaną zagadnienia dotyczące m.in. wpływu cukrzycy na występowanie choroby niedokrwiennej, nowoczesnych trendów w terapii cukrzycy, insulinooporności, aspektów prawnych dotyczących zawodu pielęgniarki i położnej.

Konferencja odbędzie się w dniu 23 listopada 2010 roku w Auli im. D. Aleksandrowa Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Wojskowej Akademii Medycznej - Centralnego Szpitala Weteranów przy pl. Hallera 1 w Łodzi w godzinach 9.00 - 15.00.

Szczegółowe informacje dostępne pod telefonem (42) 63 93 414

Serdecznie zapraszam

Agnieszka Topolska  
Przełożona Pielęgniarek Lecznictwa Zamkniętego  
Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. WAM - CSW



## Opinia prawna dotycząca podmiotu uprawnionego do pobrania krwi włośniczkowej na badania diagnostyczne

Zagadnienie to reguluje:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2004 roku w sprawie wykazu zabiegów i czynności polegających na pobieraniu od pacjentów materiału do badań laboratoryjnych (DzU nr 247, poz. 2481).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 roku w sprawie rodzajów i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (DzU nr 210, poz. 1540).

Oba wyżej wymienione przepisy określają m.in. podmioty uprawnione do realizacji świadczeń diagnostycznych z tym, że rozporządzenie Ministra Zdrowia wymienione w pkt 2 w § 1 ust. 1 pkt. 2 lit. c, określa to bardzo ogólnie, a mianowicie, że materiały do badań diagnostycznych (bez

określenia, że dotyczy to badań laboratoryjnych) może pobierać pielęgniarka pod warunkiem posiadania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Załącznik do rozporządzenia wymienionego przeze mnie w pkt. 1, określa natomiast szczegółowo wykaz zabiegów i czynności polegających na pobraniu materiału. Zgodnie z wymienionym załącznikiem do pobrania krwi włośniczkowej z opuszki palca i palucha, z piętki i płata ucha uprawniony jest diagnosta laboratoryjny, licencjat na kierunku analityka medyczna i technik analityki medycznej.

W związku z powyższym należy, wg mnie, stosować przede wszystkim rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2004 roku jako szczegółowo określające zarówno rodzaj badań jak i podmioty uprawnione do pobierania krwi. •

## Opinia prawna dotycząca ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tj. DzU z 2007 r., Nr 14 poz. 89) zakładem opieki zdrowotnej jest m.in. przychodnia, poradnia. Zagadnienie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych reguluje ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Na podstawie art. 10 ust. 4 ww. ustawy Minister Zdrowia określił normy zatrudnienia obowiązujące dla tych zawodów w rozporządzeniu z dnia 21 grudnia 1999 roku w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudniania pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (DzU nr 111, poz. 1314) podając kryteria a w odniesieniu do zakładów wymagających całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych również konkretny sposób wyliczenia norm zatrudnienia w tych zawodach. Z treści powyższego rozporządzenia wynika wprost, iż normy zatrudnienia ustala kierownik zakładu po zasięgnięciu opinii samorządu zawodowego.

Zgodnie z § 4 ww. rozporządzenia minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych zatrudnionych w zakładzie nie wymagającym całodobowych i całodziennych świadczeń zdrowotnych ustala się z uwzględnieniem odpowiednio:

- wielkości i rozległości terytorialnej oraz struktury demograficznej i narażeń środowiskowych charakterystycznych dla rejonu, na którym działa przychodnia,
- zakresu i rodzaju świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakład z uwzględnieniem świadczeń udzielanych poza przychodnią,

- zachorowalność i chorobowość, jeżeli odbiega ona od średniej krajowej,
- zakresu i rozmiaru programów i świadczeń profilaktycznych udzielanych przez zakład,
- wyposażenia zakładu w sprzęt i aparaturę medyczną, techniczną itp.,
- efektywnego czasu pracy w zakładzie,
- wykonywanie dodatkowych obowiązków w zakresie np. prowadzenia szkoleń,
- stanu zatrudnienia i organizacji pracy w innych komórkach organizacyjnych zakładu nie udzielających świadczeń zdrowotnych.

Sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładzie wymagającym całodobowych i całodziennych świadczeń zdrowotnych określa § 3 i § 5 wyżej wymienionego rozporządzenia, w którym podano nawet matematyczny wzór wyliczenia liczby etatów niezbędnych do sprawowania opieki nad pacjentami.

Nadmieniłam ponadto, że minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych powinny uwzględniać nie tylko wskazane wyżej okoliczności, ale także normy czasu pracy osób wykonujących ww. zawody medyczne określone w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej oraz obowiązek zapewnienia właściwego poziomu udzielanych przez ZOZ świadczeń medycznych. •

*Hanna Jagielska – radca prawny*

# Czy nie lepiej czekać na mannę z nieba?

**M**am 46 lat z czego połowę przepracowałam jako pielęgniarka. Ukończyłam liceum ogólnokształcące i z pełną świadomością tego co chcę robić w życiu poszłam do studium medycznego dla pracujących. Tam jednocześnie pracując w jednostce szpitalnej jako sanitariuszka przez dwa lata zdobywałam wiedzę medyczną i poznawałam techniki, którymi będę mogła się posługiwać w czasie pełnienia swoich ról zawodowych, a za najważniejszą z nich uważałam niesienie pomocy jej potrzebującym. Dużą pomocą w zdobywaniu trudnej sztuki pielęgniarskiej okazały się moje starsze koleżanki, które już wykonywały ten zawód, a w szczególności oddziałowa, u której miałam szczęście wówczas pracować. Choć surowa i wymagająca, to jednak potrafiła wzbudzić we mnie zapał i chęć do pogłębiania wiedzy. Musiałam wywrzeć na niej dobre wrażenie, gdyż po ukończeniu szkoły postarała się, bym pozostała na jej oddziale i tak też się stało. Jednak ja wciąż poszukiwałam czegoś więcej, pragnęłam nadal zgłębiać tajniki pielęgniarskie i przeszedłam na oddział, w którym sądziłam, że będę mogła to zrobić. W owym czasie praca sprawiała mi radość, dawała mi poczucie spełnienia i doznawałam ogromu satysfakcji z jej wykonywania.

Dziś nie mogę tego powiedzieć. Od tamtego momentu moje marzenia i zapał były hamowane. Kursy kwalifikacyjne, specjalizacje były tylko

dla wybranych. Wiecznie słyszałam, że jestem za młoda, inni mają pierwszeństwo, „ty jeszcze masz czas”. Potem przyszedł czas na rodzinę, dzieci, inne zobowiązania i gdyby nie konieczność, iż na danym oddziale potrzebne są określone umiejętności, to nigdy bym nie została wysłana na kurs kwalifikacyjny. W owym czasie nie było rozbudowanej prywatnej infrastruktury szkoleniowej, zatem chcąc się doksztalać trzeba było liczyć na wspaniałomyślność szefa. Niezależnie od tego czy to kurs czy konferencja wyjeżdżały wciąż te same osoby.

Przyszedł czas wielkich przeobrażeń społeczno-politycznych, weszliśmy do Unii Europejskiej. Zostały otwarte nie tylko granice, ale zmienił się również tok kształcenia w zawodzie pielęgniarki. Obecnie wyboru tego zawodu dokonują osoby o ukształtowanej psychice, mające pomysł na swoje życie. Niestety, podobnie jak dawniej, tak i dziś, przywódcy naszego kraju oraz nasze władze nie zadbały o środowisko polskich pielęgniarek i choć jesteśmy cenione na całym świecie za nasz profesjonalizm, to okazuje się, że nasze wykształcenie jest niedostateczne i jesteśmy zmuszane do uzupełniania go w toku studiów pomostowych. Był nawet taki czas, iż straszono nas utratą dyplomów, jeśli nie uzupełnimy naszego wykształcenia. Wymagania nadal istnieją, ale jak zwykle zostałyśmy pozostawione same z tym problemem. Mimo to znalazły się odważne jednostki i postanowiły

podjąć wyzwanie, między innymi i ja. Dzieci dorosły, życie ustabilizowane, wróciły zapał i marzenia. Było ciężko! Co gorsza potraktowano nas (osoby po studium pielęgniarskim) jak byśmy nigdy nie kończyły szkoły pielęgniarskiej. Buntowałyśmy się, pisałyśmy pisma do wydziału edukacji i konsekwentnie brnęłyśmy przez kolejne semestry wspierając się nawzajem. Największym zaskoczeniem dla nas była konieczność zdawania ponownie dyplomu na sali ćwiczeń. Uważałyśmy, iż z naszym doświadczeniem jest to niedorzeczność i ku naszemu zdziwieniu po pierwszych zajęciach na sali ćwiczeń okazało się, że wiele z nas gubi rutyna i często nie postępujemy zgodnie ze standardami, a nawet zasadami aseptyki. Uświadomienie sobie tego dało nam wiele do myślenia. Dwa lata ciężkiej pracy minęły niby sen. Poznałam wielu wspaniałych ludzi. Nabrałam większej pewności siebie. Moi przełożeni nie byli zainteresowani w jaki sposób, kiedy i jakim kosztem pogłębiam swoje wykształcenie. Koleżanki były zdeglustowane i złe, że piszę kolejne prośby do grafiku. Wiecznie słyszałam „że też ci się chce”. A mnie się chciało i to bardzo. Pisanie pracy licencjackiej zmusiło mnie do bliższego kontaktu z komputerem. Kiedy przypnę sobie moje pierwsze diagnozy pielęgniarskie pisane jednym palcem ogarnia mnie rozrzewnienie i sama z siebie się śmieje. Moim entuzjazmem zaraziłam kilka koleżanek na oddziale. Poszły w moje ślady. Byłam szczęśli-

wa, że mogę przekazać swoją wiedzę, zgromadzone materiały i zdobyte doświadczenie innym. Sama postanowiłam zrobić kolejny krok naprzód. Podjęłam studia na Uniwersytecie Medycznym, lecz nie chciałam po raz trzeci uczyć się w kółko tego samego i rozpoczęłam studia na wydziale zdrowia publicznego ze specjalizacją organizacja i zarządzanie. Wciąż miałam nadzieję, iż zostanę w jakiś sposób zauważona, nagrodzona za to co robię, ale się przeliczyłam. Mało, że nikt tego nie doceniał to jeszcze z każdej strony sarkazm i złośliwe uwagi. Jeśli kiedyś byłam na wszystko za młoda, to teraz jestem za stara, a według moich przełożonych realizuje tylko swoje niespełnione ambicje. Moje koleżanki, które podjęły studia w późniejszym czasie, widząc czym się kończy podnoszenie kwalifikacji ukończyły swoją edukację na poziomie licencjatu i nie zamierzają jej poszerzać, przynajmniej w najbliższym czasie. Bo niby w jakim celu,

dla tych paru groszy do pensji, które i tak nie są w stanie zrekomensować poniesionych kosztów? Ta śmieszna kwota i tak zostanie zrównana w jakimś kolejnym kominie płacowym. Mało tego, w związku z samodzielnym podnoszeniem kwalifikacji są pomijane przez zakład pracy przy delegacjach na kolejne kursy i specjalizacje, bo przecież już się wykształciły, nieważne jakim kosztem. Możliwości otrzymują ci, którzy nigdy nie byli zainteresowani podnoszeniem własnych kwalifikacji. Oni otrzymają oddelegowanie, dofinansowanie kosztów dojazdów i wiele innych profitów, o których osoby studiujące mogły tylko marzyć. Jaki sens ma podnoszenie kwalifikacji na własną rękę? Czy nie lepiej czekać na mannę z nieba? Kiedyś, gdy ukończyłam kurs kwalifikacyjny, otrzymałam propozycje specjalizacji. Niestety, moi bezpośredni przełożeni byli innego zdania. Na specjalizację została skierowana osoba, która po-

siadała większe znajomości. Obecnie po zakończeniu edukacji na poziomie magisterskim otrzymałam propozycje zrobienia doktoratu, tylko jakim kosztem i po co? Czemu miałyby to służyć? Bo na pewno nie zaspokajaniu moich ambicji, które systematycznie hamowane zostały zamienione w morze zwątpienia i goryczy.

Nie zamierzam być liczbą statystyczną w papierach swoich przełożonych składanych w raportach do NFZ. Czasami odnoszę wrażenie, iż osoby znajdujące się na kierowniczych stanowiskach nie mają zielonego pojęcia o kierowaniu zasobami ludzkimi. Dziś, choć posiadam tytuł magistra, wciąż czuję się jak sanitariuszka tylko z nieco poszerzonym zakresem działania. •

Antonina

Imię i nazwisko Autorki zastrzeżone do wiadomości Redakcji



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

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE  
PRZEZ TELEFON  
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET  
www.erudio.com.pl

## ZAPRASZAMY NA KURSY



### KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

### KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

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

### SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

### SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

### SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

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

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

**!!! UWAGA NOWOŚĆ !!!**

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

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

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

PLATNOŚĆ W DODATKOWYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)



# Panta rhei

**Szkolnictwo** wyższe w dzisiejszej Polsce przeżywa tak zwany „boom edukacyjny”. Mam tu na myśli nie tylko szeroką ofertę samych kierunków i specjalności, możliwości wyboru podjęcia nauki w uczelniach publicznych i niepublicznych, trybów nauczania (do zdalnego „e-learningu” włącznie), lecz także swoistą różnorodność w jakości nauczania, uczenia się i studiowania, po prostu zgłębiania wiedzy.

„Panta rhei” – rzekł filozof Heraklit z Efezu, a więc „wszystko płynie”. Ta sentencja towarzyszy mi, kiedy pomyślę o studiowaniu w obecnych czasach.

Dla jednych jest to pływanie w górnych warstwach lustra wody, niemalże unoszenie się z prądem rzeki, całkiem bez wysiłku (także tego własnego – egzogenego). Dla innych – zawody na miarę mistrzostw świata, gdzie liczy się pożarcie mniejszej ryby, podobnie jak w łańcuchu pokarmowym. Dla innych jeszcze staje się nurkowaniem, czasami bez możliwości złapania tchu i chwili odpoczynku.

Tak nazwałbym różne sposoby zdobywania tego, czym jest dzisiaj wyższe wykształcenie. Filozofia bowiem jest tu bardzo przydatna i niezbędna do prawidłowego rozumowania pojęć współczesnej edukacji.

Pielęgniarstwo jako dyscyplina naukowa wciąż dąży do uznania na rangę nauki. I nie ma nic w tym złego, a wręcz przeciwnie. Stanowi to o jej rozwoju. Przypomnijmy sobie, że kto nie idzie do przodu, ten się cofa.

Obecny system kształcenia kadr pielęgniarskich, to swoista machina edukacyjna, której trybikami jest

szeroko pojęta teoria i praktyka pielęgniarstwa, z całym „zapleczem logistycznym”, w skład którego wchodzi różne inne dziedziny nauk i dyscypliny pomocnicze.

Można by westchnąć i z dumą spojrzeć na całe to dzieło, którego podwalinę tworzyły prekursorki i pierwsze założycielki szkół pielęgniarskich w Polsce. Czy owe nestorki zawodu myślały o tym, że nie upłynie cały wiek, a polska pielęgniarka będzie mogła zostać doktorem nauk medycznych? Ale zjeźdźmy na ziemię, ochłońmy trochę, złapmy w płuca nieco świeżego powietrza. Nie zachłystujmy się tak...

Żyjemy tu i teraz, w takich, a nie innych czasach, z własnym a nie cudzym bagażem doświadczeń, obciążeni własną historią życia i „krzyżem charakteru”, mamy po dziewiętnaście lat, no może czasem nieco więcej...

Majowe dni mijają dość szybko, matura zdana, czas pójść na studia. W tym miejscu możemy postawić wielokropek... Będzie on wymowną próbą oddania pustki, przed jaką stoi młody absolwent, dokonując wyboru kierunku studiów. Czy wybierze „on”, a może częściej jednak „ona” kierunek pielęgniarstwo? Może kwilenie dzieci i pierwszy krzyk zachęci, by skorzystać z „opcji” położnictwo (zanim życie tego fachu nauczy samo na własnej osobie?). Trudnych pytań jest wiele, a odpowiedzi na nie jak zwykle za mało.

Tutaj rodzi się moje pytanie. Jak zachęcić młodych ludzi do studiowania na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo? Jakich działań użyć,

co zrobić, jak wspomóc i zachęcić do wyboru trafnego i zgodnego z własnymi zainteresowaniami, potrzebami, odczuciami mniej lub bardziej wewnętrznymi?

W jaki sposób określić wizerunek zawodu, który jest samodzielny, oby nie tylko w ramach sloganów, ale i codziennej praktyki? Czym wypromować pozycję i rangę zawodu zaufania, który staje się coraz mniej popularny, a tak bardzo potrzebny...!?

Kiedy spojrzę wstecz na badania ankietowe, które przeprowadzałem wśród moich koleżanek i kolegów na studiach pielęgniarskich, to nasuwa mi się wiele refleksji.

Tematem, który wówczas interesował mnie były opinie studentów o studiach, samym studiowaniu, motywacjach i problemach wynikających z podjęcia tych niełatwych kierunków studiów. Grupę badaną stanowiły roczniki studiów I, II, III w trybie stacjonarnych studiów I stopnia. Są to moi rówieśnicy. W ankiecie wzięły udział 123 osoby, a więc grupa nie mała.

Myślę, że bardzo ważna jest promocja zawodów, które wykonujemy każdego dnia. Nawet nie wiemy, że to dzięki obserwacjom osób pracujących w zawodzie dla 15 proc. studentów było to źródłem informacji o studiach. Tak ważna jest zatem nasza postawa jaką prezentujemy. Dla 12 proc. studentów inne osoby pracujące w zawodzie stanowiły owe źródło informacji. Zaś 25 proc. ankietowanych wiedzę o studiach nabywało z internetu, co w dzisiejszych czasach nie powinno nikogo dziwić.



Czy jednak to wystarczy, aby wydziały pielęgniarские nie zaczęły świecić pustkami z powodu braku podstawowego elementu edukacyjnego jakim jest student? Myślę, że nie ma co liczyć na to, że to dzięki powołaniu zapełnią się wydziały pielęgniarские, gdyż tylko 10 proc. ankietowanych uznało to za czynnik motywujący do podjęcia nauki. Dużą rolę odgrywa motyw pomagania drugiemu człowiekowi (18 proc.), a także zgodność z zainteresowaniami i możliwość uzyskania wyższego wykształcenia (po 13 proc.). Dla 11 proc. badanych to pewność zatrudnienia stanowi o wyborze studiów pielęgniarских. Dla 3 proc. ankietowanych czynnikiem tym był prestiż zawodu, a dla 7 proc. – niedostanie się na inne studia. Tyle mówią liczby z ankiety przeprowadzonej około dwóch lat temu (2008).

Dużo się dzisiaj mówi o jakości kształcenia, o tym by studia były urozmaicone, a nie przekazywały tylko tzw. „suchej wiedzy”. Na szczęście studia pielęgniarские należą do tych, w czasie których zgodnie ze standardami połowa czasu (2300 godzin) ma być poświęcona kształceniu praktycznemu. Drugie tyle przypada na teorię. To naprawdę bardzo duża liczba godzin „do przerobienia” w ciągu trzech lat studiów.

Efektom końcowym tak dużej ilości godzin nauki jest nadmierne obciążenie godzinowe, jakie jest czynnikiem mającym wpływ na niską motywację do studiowania (43 proc. ankietowanych). Wymaga to nie lada wysiłku i koncentracji, dobrego zorganizowania czasu dla młodego człowieka, podjęcia nie tylko wyrzeczeń, ale i też selekcji, bo przecież mówi się tyle o tzw. „życiu studenckim”, na które często nie ma czasu.

Nie mniej jednak studenci określają, że studia do zawodu przygotowują dobrze – 62 proc., bardzo dobrze – 20 proc., słabo – 17 proc., bardzo słabo – 1 proc. studentów. Czy jednak dobrze przygotowany absolwent, to już potencjalna „pieczeń na ruszcie” dla

systemu opieki zdrowotnej? Myślę, że nie. Statystyki bywają porażające. W pytaniu o oczekiwane stanowiska pracy po ukończeniu studiów pielęgniarских, tylko 37 proc. ankietowanych chciałoby podjąć pracę w charakterze pielęgniarki odcinkowej. Zdecydowana większość liczyłaby na stanowiska kierownicze, zaś 18 proc. podjęłaby pracę w środowisku. Jest to bardzo przykre, bo skutkować może nie podejmowaniem pracy w zawodzie po studiach lub ewentualnym niezadowolaniem z wykonywanej pracy. To tylko próba osobistego odniesienia się do powyższej kwestii.

Kontynuując tę myśl, która nie do końca napawa optymizmem, chciałbym podać, iż tylko połowa ankietowanych wybrałaby ponownie kierunek pielęgniarstwo.

Wszystkie te dane w pewien sposób nakreślają mi wizję współczesnej edukacji pielęgniarskiej, problemów z naborem na wydziały pielęgniarские i położnicze. Należy podkreślić fakt, że niż demograficzny będzie potęgował niedobory na wydziałach uczelni wyższych.

Cóż zatem o tym wszystkim myśleć? Jaki wniosek? Promocja, promocja i jeszcze raz promocja kierunku studiów, ale i także samego zawodu. Nie stanie się to jednak inaczej, jeśli i sam system ochrony zdrowia i jego finansowanie w Polsce nie zmieni się na lepsze.

Nie zapełnią miejsc pracy w ochronie zdrowia absolwenci z prawem wykonywania zawodu, którym będzie się proponowało stawki płacowe niewspółmiernie niskie do zakresu obowiązków, jakie obecnie spoczywają na wykonawcach zawodu. Profesji, na którą składa się ciężka i odpowiedzialna praca, wymagająca empatii, dużego zaangażowania woli i charakteru, cierpliwości, a przede wszystkim wiedzy z zakresu nie tylko medycyny, ale i nauk humanistycznych.

Możliwe, że część absolwentów wyjedzie w poszukiwaniu pracy za granicę albo już zapewne to uczyniła.

Blaskiem naszego zawodu jest niewątpliwie podniesienie jego rangi do zawodu, który nabywa się obecnie tylko i wyłącznie w toku studiów wyższych.

Blaskiem naszego zawodu jest sama jego idea i historia, którą tworzą postacie pełne poświęcenia, nierzadko cnót heroicznych, a także rzesz osób wykonywujących ten zawód z troską i oddaniem.

Cóż... jeśli jest blask, to zawsze musi być i cień, podobnie jak to bywa z przyczyną i skutkiem.

Jak spojrzeć na zawód dzisiejszej pielęgniarki czy położnej? Obecnie polska pielęgniarka czy położna, oprócz pełnienia wielu ról życiowych, staje się tułaczką i weteranką wykonywania zawodu na kilku etatach. A to wszystko po to, by móc związać koniec z końcem, przeżyć do przysłowiowego pierwszego.

W jaki sposób usprawiedliwić to całe zmęczenie, które dotyka nas samych w postaci wypalenia zawodowego? Gdzie tu pomarzyć o „akcie strzelistym” poświęconym szkoleniu podyplomowemu? Bywa, że brakuje na nie już nie tyle chęci i motywacji, bo one się znajdują, to po prostu czasu, a czasem życzliwości ze strony innych? Chociaż wiadomo, że oferta na rynku szkoleń, kursów i innych możliwości uzupełnienia i poszerzenia wiedzy jest coraz to bogatsza.

Trudno mi wypowiadać się na te tematy, czyje oczekiwania spełnił system ochrony zdrowia? Kto tu jest królikiem doświadczalnym, a kto eksperymentatorem? Pozostaje mieć nadzieję, że to ona umiera na końcu, a przy umierających najczęściej jest pielęgniarka.

Heraklit siedzi u koryta rzeki i snuje swoje „Panta rhei...”. A my? Odpowiedź: Róbmy swoje! Wszędzie dobrze, gdzie nas nie ma. •

Jan Kowalski

Imię i nazwisko Autora zastrzeżone do wiadomości Redakcji

# Systemy kształcenia w wybranych krajach Unii Europejskiej

## cz. 1

System kształcenia pielęgniarek w krajach z zasadami i ogólnym programem nakreślonym przez Organizację Zdrowia (WHO) kształcenie powinien spełniać standardy europejskie prawnych (Deklaracja Bolońska, Deklaracja o kształceniu zawodowym, gdzie podane są standardy europejskie bardzo szczegółowo, do których zostały sprecyzowane jednolite wymagania). Istnieje duża różnorodność ofert edukacyjnych w

W Grecji kształcenie pielęgniarek odbywa się na poziomie policealnym, uniwersyteckim.

**Kształcenie na poziomie policealnym.** Warunkiem rozpoczęcia nauki w zawodzie pielęgniarskim jest ukończenie szkoły średniej, tj. 3-letniego gimnazjum i 3-letniego liceum. Wymagane jest zdanie wstępnego egzaminu. Okres nauki obejmuje 3 lata, w sumie 4680 godzin, z czego mniej więcej połowa przeznaczona jest na zajęcia teoretyczne ~ 2310 godzin, oraz na zajęcia praktyczne ~ 2370 godzin. Po zaliczeniu trzech lat nauki i zdaniu egzaminu końcowego

sluchacze zobowiązani są do odbycia 6-miesięcznej praktyki zawodowej. Wymagane jest również napisanie pracy dyplomowej i jej obrona. Dopiero wówczas absolwenci otrzymują świadectwo dyplomowanej pielęgniarki i możliwość podjęcia pracy. Licencję na wykonywanie zawodu uzyskuje się dopiero po roku stażu.

**Kształcenie na poziomie uniwersyteckim.** Na studia przyjmowani są absolwenci liceów oraz pielęgniarki dyplomowane. Studia trwają 4 lata i kończą się uzyskaniem tytułu magistra. W trakcie studiów można uzyskać jedną z trzech specjalizacji:

pielęgniarstwo kliniczne, chirurgiczne, medycyna społeczna.

Absolwenci pielęgniarstwa przygotowani są do obejmowania wiodących stanowisk w bezpośredniej opiece zdrowotnej, administracji służby zdrowia, szkolnictwie pielęgniarskim oraz do pracy naukowej.

Grecka pielęgniarka ogólna, która posiada co najmniej 2-letni staż pracy, może podjąć specjalizację w następujących dziedzinach pielęgniarstwa: zachowawczym, chirurgicznym, pediatrycznym, psychiatrycznym.

Każda specjalizacja trwa rok. Nadzór przypada ministrowi zdrowia, a szczególnie umiejscowionemu

## Holandia

W Holandii wykształcenie pielęgniarskie można uzyskać w dwojaki sposób, poprzez:

- ~ ukończenie 4-letniej szkoły wyższej,
- ~ ukończenie szkoły działającej na terenie szpitala w systemie zaocznym, tzw. *in servis*.

Absolwentki 4-letniej szkoły wyższej mogą kontynuować naukę przez dwa lata na wydziałach pielęgniarstwa na uniwersytetach. Celem studiów jest przygotowanie pielęgniarek do pracy w:

- ~ pielęgniarstwie klinicznym,
- ~ zarządzaniu,
- ~ nauczaniu pielęgniarstwa,
- ~ oraz przygotowanie do pracy zawodowej.

Absolwentki uzyskują tytuł *doktorantus*, który jest odpowiednikiem naszego magistra.

Kształcenie w systemie *in servis* (system zaoczny) oznacza naukę w szkole zlokalizowanej na terenie szpitala i wiąże się z posiadaniem umowy o pracę ze szpitalem zawartej na okres kształcenia.

ajach Unii Europejskiej powinien być zgodny z określonym w Europejskiej Strategii Światowej Edukacji dla pielęgniarek i położnych. System ten jest zawarty w wielu dokumentach i aktach (np. Deklaracja Monachijska i inne). W odróżnieniu od podstawowych wymogów określonych w prawie, wymogi kształcenia podyplomowego dotyczących nie są formalno-prawne. Stąd też obserwujemy różnice w poszczególnych krajach.

## Grecja

w jego strukturach Komitetowi ds. Edukacji w Pielęgniarstwie Centralnej Rady Zdrowia. Specjalizacje prowadzone są przez centra medyczne i szpitale. Pielęgniarka w trakcie kształcenia otrzymuje pełne wynagrodzenie. Dodatkowo wspomniany powyżej komitet może rekomendować inne kursy w określonych dziedzinach pielęgniarstwa, tzw. podspecjalizacje. Kursy takie organizowane są w pielęgniarstwie onkologicznym, pielęgniarstwie w schorzeniach nerek, intensywnej opiece, pielęgniarstwie operacyjnym, diabetologii, oparzeniach i anestezjologii.

## Francja

Program kształcenia opracowany jest przez wykładowców i specjalistów danej dziedziny, oparty o program nauczania oraz o potrzeby środowiska zawodowego. Obejmuje 4760 godzin w tym 2240 teoria, 2275 godzin praktyka oraz 245 godzin konsultacje (seminaria). Nauka trwa 3 lata. Program podzielono na moduły, którego celem jest przyswajanie wiedzy połączone z doświadczeniem w trakcie praktyki. Zajęcia teoretyczne dotyczą nauk humanistycznych, fizjologicznych, farmakologicznych, ustawodawczo-prawnych, etycznych, deontologicznych, higieny pracy oraz ogólnej wiedzy pielęgniarskiej.

Praktyki zawodowe obejmują 2275 godzin w klinice i stanowią najważniejszy punkt studiów. Przydzieleniem stażu zajmuje się zespół nauczycieli po uprzednim skonsultowaniu indywidualnego wyboru przez studenta, dzięki czemu praktyka ma charakter bardziej indywidualny. Całość kończy się egzaminem dyplomowym państwowym, który ma część praktyczną i teoretyczną. Na końcową ocenę składa się całoroczna praca kontrolna z trzeciego roku; średnia z praktyk i ocena części pisemnej i praktycznej egzaminu. Zespół pedagogiczny regularnie uczestniczy w cotygodniowych spotkaniach funkcyjno-pedagogicznych. Wzbogacenie nauki odbywa się poprzez:

- uaktualnienie i wzbogacenie wiedzy poprzez uczestnictwo w badaniach naukowych,
- uczestnictwo studentów i wykładowców w kongresach i wyjazdach naukowych,
- współpracę kadry zawodowej z władzami lokalnymi,
- tworzenie i aktualizację strony internetowej.

Kształcenie podyplomowe (pielęgniarstwo: pediatryczne, anestezjologiczne, operacyjne):

- trwa 2 lata i obejmuje 4000 godzin,
- wymagane jest 2-letnie doświadczenie zawodowe,
- jeśli ma się 5-letni staż pracy pielęgniarki można podjąć kształcenie, by mieć uprawnienia menadżera.

Pielęgniarka A to osoba zatrudniona w szpitalu ogólnym, która odbyła 3,5-letnie szkolenie zawodowe (w tym 1320 godzin teorii). Obowiązki zawodowe podejmować może po odbyciu 2-letniego szkolenia.

Pielęgniarka psychiatryczna to osoba, która będąc pracownikiem szpitala psychiatrycznego odbyła 3-letnie przeszkolenie (w tym 1320 godzin teorii). Po 2-letnim dodatkowym szkoleniu może objąć obowiązki zawodowe.

Pielęgniarka do opieki nad niepełnosprawnym umysłowo (Z) – wymagane jest ukończenie 3 lat nauki w szkole przyszpitalnej i 2 lata praktyki.

Pielęgniarki w Holandii mogą uzyskać specjalizację: onkologiczną, pediatryczną, ginekologiczną, chirurgiczną, środowiskową.

Czas trwania specjalizacji to 1,5 roku. Wymagany jest co najmniej roczny staż. Specjalizację kończy napisanie pracy o charakterze badawczym oraz egzamin.

Pielęgniarki holenderskie mają obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych w ramach wyjazdów szkoleniowych i konferencji. Udział w formach doskonalenia zawodowego jest refundowany przez zakłady pracy.



# Dania

Kształcenie pielęgniarek w Danii odbywa się w wyższych szkołach pielęgniarskich oraz na uniwersytetach. Nauczanie w tych szkołach trwa 45 miesięcy czyli 3 i 3/4 roku. Na nauczanie przedmiotów teoretycznych przeznaczony jest 3 tysiące godzin dydaktycznych realizowanych w ciągu 25 miesięcy. Zajęcia praktyczne odbywają się we współpracujących ze szkołami placówkach służby zdrowia.

Warunkiem podjęcia kształcenia w szkołach pielęgniarskich jest ukończenie szkoły średniej, zakończonej uzyskaniem świadectwa dojrzałości. Po ukończeniu szkoły pielęgniarskiej absolwenci otrzymują tytuł pielęgniarki licencjonowanej, który upoważnia do pracy we wszystkich placówkach ochrony zdrowia.

Pielęgniarki zainteresowane pracą na stanowisku pielęgniarki oddziałowej czy nauczyciela zawodu podejmują dalszą naukę w wyższej szkole kształcenia pielęgniarek. Warunkiem przyjęcia jest przepracowanie przynajmniej jednego roku w zawodzie pielęgniarskim.

W szkole tej istnieje możliwość odbycia dwóch rodzajów studiów:

- jednorocznych kursów podyplomowych (w czterech specjalnościach),
- 2,5-letnich kursów zakończonych stopniem magistra.

**Jednoroczne kursy podyplomowe.** Pierwszy semestr jest wspólny dla wszystkich słuchaczy. Na drugim wybiera się specjalizację spośród następujących:

- zarządzanie w pielęgniarstwie, przeznaczoną dla przyszłych pielęgniarek oddziałowych,
- pielęgniarstwo społeczne: pielęgniarka ubiegająca się o przyjęcie na tę specjalizację musi legitymować się co najmniej 8-miesięcznym stażem w pielęgniarstwie pediatrycznym lub środowiskowym,
- nauczanie pielęgniarstwa, po ukończeniu pielęgniarki mogą nauczać w dwóch dziedzinach: problemy socjalne i edukacja zdrowotna (wykładane w szkołach dla pracowników socjalnych) oraz pielęgniarstwo (nauczanie w szkołach pielęgniarskich),
- nauka o pielęgowaniu, przeznaczony dla osób zamierzających studiować w ramach programu magisterskiego.

**Kształcenie na poziomie magisterskim.** Nauka trwa pięć semestrów. Dwa pierwsze przeznaczone są na studiowanie zagadnień związanych z nauką o pielęgowaniu. Po drugim student wybiera jedną z trzech dziedzin: kierowanie organizacją i zarządzanie w pielęgniarstwie, pedagogika pielęgniarska, pielęgniarstwo kliniczne.

Piąty - ostatni semestr - przeznaczony jest na pisanie pracy magisterskiej.

Absolwent otrzymuje magisterium z dziedziny nauk pielęgniarskich.

Kształcenie podyplomowe prowadzone jest w następujących kierunkach:

1. Pielęgniarstwa anestezjologicznego. Od kandydatów wymaga się 2-letniego doświadczenia na oddziałach szpitalnych i 6-miesięcznego doświadczenia na oddziale anestezjologii. Kurs trwa 1,5 roku.
2. Pielęgniarstwa intensywnej opieki. Od kandydatów wymaga się 2-letniego doświadczenia na stanowisku pielęgniarki na oddziałach szpitalnych i 6-miesięcznego doświadczenia na oddziale IT. Kurs trwa 1,5 roku.
3. Pielęgniarstwa psychiatrycznego. Kandydat musi się wykazać 2-letnim doświadczeniem na stanowisku pielęgniarki na oddziałach psychiatrycznych. Kurs trwa rok.
4. Pielęgniarstwa epidemiologicznego. Od kandydatów wymaga się 3-letniego stażu zawodowego, uwzględniającego doświadczenie administracyjne lub w kształceniu zawodowym. Preferencje jednoznacznie skierowane są na osoby, które ukończyły magisterskie studia pielęgniarskie na kierunku zarządzanie lub nauczycielskim. Kurs trwa 3 miesiące.

Ponadto organizowane są kursy w dziedzinie pielęgniarstwa zdrowia publicznego (dla pielęgniarek środowiskowych), których zakres praktyki i tytuł zawodowy są prawnie chronione.

Wymienione kursy specjalizacyjne prowadzone są na poziomie regionalnym, dodatkowe formy kształcenia prowadzone są wyłącznie na uniwersytecie w Aarhus w Szkole Zaawansowanych Studiów Pielęgniarskich. Kursy w tej uczelni dają określoną, szczególną pozycję pielęgniarkom. •  
cdn.

# CEREMONIE

## w tradycji szkół pielęgniarских

„W świat niesiemy swe serca gorące,  
Najpiękniejszą głosimy ideę,  
Aby ludziom dać spokój i słońce,  
A cierpiącym przywrócić nadzieję...”

(I zwrotka hymnu pielęgniarского)

**S**ymbolika w pielęgniarstwie to ogół znaków umownych, które mają znaczenie dla teorii i praktyki pielęgniarskiej. Kształtowana była na przestrzeni dziejów rozwoju pielęgniarstwa i miała wpływ na tożsamość zawodową pielęgniarek.

Symbole, jako skondensowana forma przekazu informacji, nadawały rzeczywistości zawodowej sens, były podstawą integracji zawodowej, tradycji rozumianej jako swoistą wartość godną kultywowania. Symbole były też podstawą kultury pielęgniarstwa jako zawodu i podsystemu w systemie ochrony zdrowia.

Wśród nich wymienia się biały czepiek z czarną aksamitką, broszkę szkolną, mundur pielęgniarский, hymn pielęgniarский, ceremonie w szkołach pielęgniarских: czepkowanie, paskowanie, dyplomowanie z przyrzeczeniem.

Proces kształtowania pielęgniarek i modelowania pożądanych w zawodzie cech osobowości opierał się na znakomitej historii pielęgniarstwa, tradycji symboli i ceremonii.

Poprzez uzewnętrznianie symboli zawodowych i ceremonii pielęgniarки

miały świadomość swojej szczególnej roli w społeczeństwie, a także świadomość odrębności zawodowej wśród zawodów medycznych. Miały ... (2, 5).

Od 1991 roku pielęgniarки świadomie odeszły od noszenia czepków, które do tego czasu były stałym elementem munduru pielęgniarского. W 1995 roku mundur pielęgniarский zmienił nazwę na odzież ochronną. Było to podyktowane zmianą wymagań stawianych odzieży ochronnej dla pracowników ochrony zdrowia. Wobec tych zmian w tradycji noszenia munduru i czepka przez pielęgniarки i nauczycieli akademickich, nadanie studentom kierunku pielęgniarstwo, pielęgniarского symbolu - czepka - odbiega od trendów współczesnej praktyki organizowania ceremonii czepkowania, paskowania i dyplomowania. Za literaturą autorzy podają nazwy miast, w których uczelnie celebrowały tradycje pielęgniarstwa: Białystok, Lublin, Krosno, Ostrowiec Świętokrzyski, Łomża (3, 5). Ceremonie te byłyby uroczystą formą przekazu informacji o stopniu wykształcenia zawodowego studentów i poziomu ich kompetencji w ciągu trzech lat kształcenia oraz po złożeniu egzaminu z przygotowania zawodowego.

Obecny system kształcenia pielęgniarek na poziomie wyższym - zawodowym - nie sprzyja kontynuowaniu i rozwijaniu kultywowania tradycji pielęgniarstwa wśród studentów tego kierunku. I mimo przekazywania wiedzy o symbolach i tradycji pielęgniarstwa,

ich znaczeniu w procesie wychowywania studentów pielęgniarstwa, istnieją obiektywne trudności w ich kultywowaniu. Wśród nich wymienić można:

- kształcenie zorientowane na dydaktykę a mniej na działalność wychowawczą,

- zniekształcona pamięć o historii, ceremoniach i symbolach pielęgniarstwa,

- niechęć do kultywowania historii, ceremonii, symboli,

- funkcjonowanie kierunku obok często niemedycznych kierunków na jednym wydziale, którego dziekan nie utożsamia się z pielęgniarstwem, bo nie wykonuje tego zawodu,

- obejmowanie stanowiska dziekana/prodziekana kierunku pielęgniarstwo przez lekarzy, którzy nic nie mają wspólnego z zawodem.

Społeczeństwo odbiera już zniekształcony wizerunek polskiej pielęgniarки (5).

Ceremonia to uroczystość, obrzęd przebiegający według ustalonego planu z zachowaniem tradycyjnych, symbolicznych form. Ceremonie to powtarzalne wzorce zachowań pożądanych w trakcie wychowywania studentów pielęgniarstwa na wzorowe i etyczne pielęgniarки.

W czasie ceremonii poświęca się szczególną uwagę osobom, dla których jest prowadzona, utrzymuje się kontakt indywidualny z każdym studentem poprzez np. dotknięcie berłem, strzykawką typu Yanetta, zapalenie

świecy, wręczenie broszki, czepka, założenie czepka na głowę studentki, przekazanie tekstu przyrzeczenia, odśpiewanie hymnu pielęgniarskiego.

Przebieg ceremonii ma rozbudzić i wzmacniać przeżycia emocjonalne, podkreślać rangę indywidualnego sukcesu studentów w wymiarze posiadanych umiejętności zawodowych.

**Czepkowanie** jest to uroczystość zawodowa poświęcona nadaniu białego czepka, założeniu go na głowę uczennicy i jest formą przekazu informacji o zaawansowaniu kształcenia w pielęgniarstwie oraz refleksji o humanizmie. Od tego momentu nikt nie może zakazać noszenia czepka (1, 5) ~ zdj. 1.

**Paskowanie** to uroczystość założenia na głowę uczennicy czepka z czarną aksamitką szerokości 1 cm poprzecznie lub wzdłuż wyłogu czepka pielęgniarskiego.

Aksamitka nawiązywała do historii paska jako oznaki wysokiej jakości opieki pielęgniarskiej.

Nałożony czepk z paskiem informował zgromadzonych o stopniu zaawansowania kształcenia zawodowego uczniów i wyzwał u nich pozytywne emocje, poczucie zadowolenia i własnej wartości w toku kształcenia (1, 5) ~ zdj. 2.

**Dyplomowanie** to uroczystość założenia na głowę absolwentki czepka z aksamitką szerokości 2 cm i jest przekazem informacji o tym, że



zdj. 1  
Czepkowanie  
Liceum Medyczne nr 3 w Łodzi  
1987 – 1988



uczennica zakończyła z wynikiem pozytywnym kształcenie przewidziane programem nauczania teoretycznego i praktycznego oraz uzyskała tytuł zawodowy dyplomowanej pielęgniarki ~ zdj. 3.

Symboliczne elementy obrzędu czepkowania, paskowania i dyplomowania prowadzone są przez osobę ważną funkcyjnie ~ dyrektora szkoły, kierownika kształcenia zawodowego, lub wychowawcę klasy ~ to (1, 4):

1. Nałożenie białego czepka, czepka z 1 cm paskiem, czepka z 2 cm paskiem. 1636 rok ~ pierwsze aksamitne kołnierze i łańcuchy jako prototypy paska na czepku, 1911 rok ~ pierwsze czepkowanie, 2000 rok ~ zastąpienie płóciennego czepka metalową miniaturką czepka pielęgniarskiego.

2. Zapalenie świecy i umieszczenie jej na świeczniku w kształcie Eskulapa lub zapalenie kopii lampki Nightingale. Eskulap ~ wąż oplatający laskę z czarą zawierającą lekarstwa, symbol mądrości i odradzających się sił życiowych. Nightingale z lampką oliwną troskliwie doglądała nocą rannych żołnierzy w wojnie krymskiej w latach 1854- 1856; symbol niezawodności i ciepła niezależnie od pory dnia.

3. Złożenie przyrzeczenia ~ uroczysta przysięga, zobowiązanie absolwenta szkoły pielęgniarskiej do obligatoryjnego przestrzegania w pracy z człowiekiem norm kodeksu etyki zawodowej pielęgniarki. 1893 ~ opra-

zdj. 2  
Paskowanie



cowanie pierwszej przysięgi przez F. Nightingale (zdj. 4).

4. Odśpiewanie hymnu pielęgniarckiego ~ uroczysta pieśń pochwalana opiewająca wzniosłe idee i zacne czyny pielęgniarek śpiewana przez uczennice i pielęgniarke w szkołach i na okolicznościowych uroczystościach pielęgniarckich. 1935 rok ~ słowa i muzyka napisane przez Kielarskiego. 1948 rok ~ powojenne odtworzenie hymnu przez Zachaczewską-Sobolewską. 1988 rok ~ zatwierdzenie słów i melodii przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.

Wykorzystanie symboliki zawodu służy kształtowaniu wzorca zawodowego pielęgniarke w oparciu o etykę zawodową, modelowanie postaw zawodowych uczniów/studentów, które przejawiają się szacunkiem dla człowieka, wrażliwością na cierpienie i chęcią niesienia pomocy ludziom potrzebującym (1, 4).

Autorki uważają, że ceremonię nałożenia czepka z paskiem szerokości 1 cm można wprowadzić do kalendarza uroczystości kierunku pielęgniarstwo na II roku studiów przed praktykami w sesji zimowej. Byłoby to promocją studentów i poziomu ich wykształcenia, promocją kadry naukowo-dydaktycznej, promocją kierunku i uczelni.

Pielęgniarki codziennie tworzą historię, z niej czerpią mądrość zawodową, wartości humanitarne i etyczne



zdj. 3  
Liceum Medyczne nr 9 w Warszawie

skierowane na poświęcanie się opiece nad człowiekiem. Powrotu do przeszłości nie ma, a przyszłość pielęgniarstwa, niczym nieograniczona, mocno ma się wspierać o fundament przeszłości. Jednym z tych fundamentów są ceremonie pielęgniarckie, do których warto powrócić...

“...Uczczenie przeszłości pielęgniarstwa ~ zyskanie przyszłości...”

Konferencja Jubileuszowa na 100-lecie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, 1999 rok (5).•

#### Literatura:

1. Górajek-Jóźwik J. Encyklopedia dla pielęgniarek i położnych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa. 2010.

2. Matuszewska A... Historia białego czepka z czarną aksamitką. Biuletyn OIPiP w Łodzi 5/2010, s. 12-14.

3. Ślusarska B. Symbolika zawodu pielęgniarckiego. "Alamater". 1. (42). 2005).

4. Zarzycka D. Symbolika zawodu pielęgniarke. Analiza retrospektywna. Biuletyn Świętokrzyskiej OIPiP. 5. 2004. 2-3.

5. Zarzycka D. Symbolika i ceremonie pielęgniarstwa ~ relikwiny czy wartości zawodowe. "Problemy pielęgniarstwa" 2009. 17. (1). 54 – 62.

*Monika Fortuna-Mazur*

*Agnieszka Bieluń*

studentki II roku

Studenckie Koło Historyczne,

Kierunek Pielęgniarstwo AHE w Łodzi

Opiekun Koła ~

mgr piel. *Danuta Kozłowska*



zdj. 4  
Przyrzeczenie  
Liceum Medyczne nr 3 w Łodzi

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

# Przemoc domowa względem

## Możliwości pomocy

### Dzieci bite uczą się bić innych...

Krzywdzenie dzieci w rodzinie jest zjawiskiem wieloprzyczynowym i mającym wiele odmian. Skutki przemocy doświadczonej w dzieciństwie dramatycznie wpływają na życie dorosłych ofiar – statystyki potwierdzają, że znaczna liczba pacjentek psychiatrycznych była molestowana w dzieciństwie, a dzieci – ofiary psychicznej i fizycznej przemocy w dorosłym życiu znęcają się nad własnym potomstwem. Na pojawienie się przemocy w domu rodzinnym może wpływać wiele czynników, dlatego przyjmuje się, że rozpoznanie w rodzinie pewnego obrazu określonych cech i sytuacji pozwala przypuszczać, że istnieje prawdopodobieństwo pojawienia się w niej krzywdzenia dziecka.

### Czynniki ryzyka wystąpienia przemocy względem dzieci

Wśród wskaźników będących czynnikami ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie względem dziecka wymienia się przede wszystkim te związane z okresem ciąży. Należy do nich, m.in. nadmierne zaniepokojenie rodziców płcią przyszłego dziecka. W tym układzie narodziny dziecka, które

nie będzie spełniało oczekiwań rodziców, może zakończyć się dramatem. Równie niebezpieczne jest negowanie przez matkę faktu ciąży i ukrywanie go przed otoczeniem, a także deklarowane przez nią chęci i podejmowanie prób usunięcia ciąży.

Wiadomo też, że rolę może odegrać dominujący nastrój matki w czasie ciąży, zwłaszcza występowanie depresji, niepokojów, zaburzeń snu, apetytu etc., a szczególnie urazy emocjonalne doświadczane w czasie ciąży na skutek wystąpienia sytuacji traumatycznych, typu śmierć w rodzinie czy też rozwód. Niestety, wśród kobiet wciąż pakuje przekonanie, że jeśli związek się psuje, „to narodziny dziecka mogą go naprawić”.

Wśród innych czynników związanych z przeżywaniem okresu ciąży mających wpływ na ewentualne pojawienie się przemocy wymienia się niepokoje matki o fizyczne skutki ciąży przejawiające się np. w niezadowoleniu w związku ze zmianami wyglądu zewnętrznego, a także niepodjęcie przez przyszłych rodziców przygotowań do przyjęcia dziecka do rodziny (co oznacza, że rodzice nie troszczą się o wygospodarowanie miejsca czy wybór imienia dla dziecka) i wreszcie – jakość wsparcia społecznego i emocjonalnego, jakie

Skutki przemocy doświadczono dramatycznie wpływają na życie. Statystyki potwierdzają, że znęcają się nad własnym potomstwem.

otrzymuje matka i rodzina w czasie ciąży. W tym przypadku niepokojące są sygnały świadczące o braku jakiegokolwiek wsparcia.

Wśród czynników ryzyka wystąpienia przemocy nie związanych bezpośrednio z okresem ciąży wymienia się:

1. Izolację geograficzną rodziny.
2. Liczbę już posiadanych dzieci i stosunku rodziców do tej sytuacji i w związku z tym rozpatrywane zamiary oddania dziecka do adopcji.
3. Historię dzieciństwa matki i ojca, którzy doświadczyli przemocy. W artykule poświęconym przemocy domowej uzasadniałam, dlaczego doświadczenie przemocy w domu rodzinnym jest przekazywane kolejnym pokoleniom jako sposób radzenia sobie z frustracją. Słynny eksperyment Harlowa potwierdził słuszność starego chińskiego przysłowia „nie możesz oddać niczego, czego nie dostałeś

# em dzieci.

zonej w dzieciństwie  
życie dorosłych ofiar.  
znaczną dzieci – ofiary  
emocji – w dorosłym życiu  
otomstwem.

w dzieciństwie”. A zatem historia rozwojowa rodzica decyduje o tym, co sami dajemy swoim dzieciom (o ile nie zostaną przez nas podjęte celowe i świadome kroki, aby coś zmienić) a nasze dzieci, w myśl reguły lojalności, otrzymają od nas to, co sami kiedyś dostaliśmy.

4. Gwałtowne zmiany stylu życia rodziny, np. przeprowadzki, problemy uzależnieniowe.

5. Osoby odwiedzające dom, w którym jest dziecko.

Pielęgniarki środowiskowe czy pracownicy socjalni powinni szczególnie uważnie przyjrzeć się tzw. wskaźnikom obserwacyjnym.

Wskaźniki obserwacyjne po urodzeniu się dziecka:

- rodzaj emocji związanych z obcowaniem z dzieckiem,
- utrzymywanie z dzieckiem bezpośredniego kontaktu wzrokowego,
- charakter komunikatów kierowanych do dziecka lub uwag na jego temat (ich charakter np. „nieodrobny chłopczyku, znowu robisz mi na złość”, kiedy dziecko pobrudzi dopiero co zmienioną pieluszkę,

- reakcje nadmiernego obrzydzenia przy zmianie pieluch,

- ignorowanie potrzeb karmienia lub postrzeganie dziecka jako zbyt wymagającego przy karmieniu,

- reakcja na płacz dziecka, ignorowanie lub nadmierna drażliwość lub całkowity brak tolerancji na płacz,

- brak wsparcia matki w pierwszych tygodniach po urodzeniu dziecka i reakcja pozostałych członków rodziny na noworodka,

- koncentracja uwagi na zaspokajaniu potrzeb dziecka w zestawieniu z zainteresowaniem własnymi potrzebami i oczekiwaniami,

- zainteresowanie i odpowiedzialność za dziecko w sytuacjach zabiegów medycznych lub zrzucanie opieki i odpowiedzialności za dziecko na personel medyczny.

Brown stwierdził, że istnieją pewne aspekty dotyczące relacji rodzice - dziecko, których ocena pozwala na obliczenie prawdopodobieństwa wystąpienia przemocy. Jednym z nich jest ocena wiedzy i stosunku rodziców do wychowywania dziecka. W tym zakresie





niepokoić powinny sytuacje, gdy rodzice przejawiają nierealistyczne i nieracjonalne oczekiwania co do możliwości, zdolności i potrzeb swoich dzieci. Ich następstwem mogą być próby zmuszania dziecka do zachowań, które wykraczają poza jego zdolności rozwojowe. Tego typu zachowania są typowe dla rodziców reprezentujących postawę nadmiernie wymagającą. Może ona wystąpić u osób niezadowolonych z własnych osiągnięć i posiadających aspiracje.

Niebezpieczna jest również sytuacja, kiedy rodzice postrzegają wychowanie dziecka jako zadanie łatwe i nieskomplikowane, a w przypadku doświadczenia niepowodzenia w tym obszarze (np. dziecko nie spełnia oczekiwań) stosują karzące metody wychowania.

Biorąc pod uwagę sposób postrzegania dziecka przez rodzica, Brown zwraca uwagę na zachowania typu: krytyczne i negatywne ocenianie dziecka i jego zachowań oraz takie sytuacje, gdzie dziecko w opinii rodziców jest trudne, drażliwe i wymagające. Tego typu poglądy dominują u osób o psychopatycznym typie osobowości, który zawsze skutkuje stosowaniem przemocy (fizycznej bądź/i psychicznej) względem domowników w sytuacji jakiegokolwiek frustracji.

Podobnie mogą zareagować rodzice prezentujący podwyższony poziom pobudzenia w sytuacji stresu i brak umiejętności konstruktywnego radzenia sobie z nim.

Znane są przecież przypadki dzieci opisywane szeroko przez mass-media, gdzie opiekunowie ucizali potomstwo uderzając je główką o ścianę, bo za głośno płakało. Brown zwraca również uwagę na liczbę interakcji z dzieckiem podejmowaną przez rodziców. Jeżeli jest ona znacząco mała i towarzyszy temu niechęć wobec własnego dziecka, bądź tendencje do jego przesadnej kontroli - może to doprowadzić do stosowania przemocy.

Innymi czynnikami predysponującymi do stosowania przemocy są niewrażliwość opiekunów i ignorowanie dziecka i jego potrzeb przez rodziców.

Wśród wskaźników będących czynnikami ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie względem dziecka, wymienia się przede wszystkim z okresem ciąży. Należy do nich m.in. nadmiernie zaniepokojenie przyszłego dziecka.

### Po czym można rozpoznać przemoc? Wskaźniki przemocy

Moralnym obowiązkiem każdego człowieka powinna być chęć pomocy dziecku, które stało się ofiarą domowej przemocy. Z tego względu istotne jest jak najszybsze rozpoznanie symptomów takiej sytuacji. Naszą czujność powinny wzbudzić następujące objawy:

1. Niewyjaśnione i powtarzające się obrażenia ciała dziecka, obrażenia nieleczone, stare i nowe, różne co do „wieku”, ślady ugryzień z wyraźnym zarysem zębów ludzkich.

2. Nietypowa dla przypadkowych obrażeń lokalizacja (czaszka, uszy, oczy, usta, szyja, ramiona, klatka piersiowa, plecy, pośladki, genitalia, uda), tzw. podbite oczy, ślady duszenia lub krępowania.

3. Siniaki na: klatce piersiowej, pośladkach, podbrzuszu, udach, genitaliach lub w okolicy odbytu (mogą wskazywać na wykorzystanie seksualne), częściach miękkich, w tym ślady szczypania (policzki, brzuch, pośladki, ramiona, przedramię, łydki, uda), siniaki w kształcie dłoni na policzkach i pośladkach, siniaki po obu stronach ust lub policzków powstających wskutek silnego ucisku, siniaki po obu stronach małżowiny usznej lub naderwania i zniekształcenia małżowiny, siniaki i urazy geometryczne, siniaki na ramionach, łopatkach lub tułowiu, ropne zapalenia skóry (na pośladkach), świerzb, ślady licznych ukąszeń (pchły, pluskwy), łukowate ślady wbijania paznokci, długie i głębokie zadrapania

4. Niewyjaśnione owrzodzenia, krwawienia, nieleczone choroby, urazy.

5. Poważne urazy głowy u małych dzieci, łysienie dziecka.

6. Uszkodzenia podniebienia.

7. Częste występowanie różnych oparzeń i śladów przypaleń, oparzenia nietypowe dla przypadkowych oparzeń części ciała, okrągłe i głębokie poparzenia papierosowe na miękkich częściach ciała, głębokie poparzenia o regularnych kształtach, „rękawice”, „skarpety”.

8. Dziecko jest zawsze głodne, niska w stosunku do wieku waga i wzrost dziecka, dziecko szybko przybiera na wadze podczas krótkich pobytów poza domem, a jego wygląd marnieje po powrocie do domu.

9. Ciągłe zmęczenie, apatia, często brudne i w złym stanie ubranie, niska higiena osobista dziecka.

10. Dziecko poszukuje stałej uwagi ze strony innej niż rodzic osoby dorosłej, ciągle zwraca na siebie uwagę np. pod postacią „lepienia się” do dorosłych.

11. Tzw. „zimne wyczekiwanie” - dziecko stale obserwuje dorosłych, aby modyfikować swoje zachowanie stosownie do oczekiwań innych. Towarzyszy temu ciągle przeproszanie i wyraźny brak radości życia.

12. Ciągły „niemądry” uśmiech, by wydać się bardziej przyjaznym.

13. Postawa nadmiernie narzekająca bądź pasywna, wycofująca się.

14. U dziecka mogą wystąpić też zachowania agresywne, którym będą

Wśród czynników ryzyka wystąpienia przemocy w rodzinie względem dziecka, wymienia się przede wszystkim z okresem ciąży. Należy do nich m.in. nadmiernie zaniepokojenie przyszłego dziecka.

## wystąpienia przemocy wszystkim te związane niepokojenie rodziców płcią

towarzyszyć napady złości, złego humoru.

15. Lęk przed powrotem do domu i/lub wyrażanie lęku przed rodzicami.

16. Niestosowny do pogody strój i lęk przed rozbieraniem się.

17. Lęk, kulenie się przed dotknięciem.

18. Moczzenie się nocne dzieci, które dawno tego nie robiły.

### Jak rozmawiać z dzieckiem ~ ofiara przemocy domowej

Rozmowa z dzieckiem zawsze wymaga delikatności. Celem nieformalnej rozmowy z dzieckiem jest uzyskanie informacji potwierdzających występowanie przemocy i innych danych, które pozwolą określić charakter i okoliczności występowania przemocy, a także umożliwienie mu odreagowania negatywnych emocji i przywrócenie mu poczucia kontroli nad sytuacją.

Przygotuj się na to, że rozmowa z dzieckiem ~ ofiarą przemocy domowej zazwyczaj trwa długo. Nie zaczynaj więc jej, jeśli nie masz czasu. Jeśli przerwiesz rozmowę, dziecko może już nigdy się przed nikim nie otworzyć, gdyż będzie przekonane, że to, co ma do powiedzenia, jest nieistotne. Rozmowę powinna przeprowa-

dzić jedna osoba, która łatwo nawiązuje kontakt z dziećmi, a przebieg rozmowy musi zależeć od wieku dziecka. Im młodsze dziecko, tym bardziej atmosfera rozmowy musi przypominać zabawę, w trakcie której możesz dowiedzieć się wielu ważnych informacji.

Pamiętam przypadek dziecka, które w wieku 6 lat było wykorzystywane seksualnie i ujawniło to w trakcie zabaw w przedszkolu. Zaniepokojone panie nauczycielki zgłosiły sprawę do sądu, ponieważ chłopiec lizał lalki w kroczu.

Jeżeli chcesz pomóc dziecku, musisz z nim porozmawiać, a przede wszystkim pamiętać o zachowaniu kardynalnych zasad.

### Pamiętaj!

Pokaż zaufanie i wiarę w to, co mówi dziecko lecz dbaj o zachowanie równowagi między niebagatelizowaniem sprawy a wysnuwaniem pochopnych wniosków ~ dziecko może kłamać, szczególnie wtedy, gdy czuje się winne albo jest zastraszone.

1. Zachowaj spokój w trakcie rozmowy, jeśli dziecko zauważy twoje przerażenie, przestanie z tobą rozmawiać.

2. Uwzględnij „rytm”, w jakim dziecko się otwiera, nie zmuszaj, aby przyspieszyło swoją opowieść.

3. Ustal wspólne nazewnictwo dotyczące osób, części ciała etc.

4. Nie obiecuj, że nikt więcej nie dowie się o całej sytuacji.

5. Rozpocznij rozmowę od pytań ogólnych, niezwiązanych z tematem.

6. Upewnij dziecko, że dobrze robi ujawniając przemoc.

7. Przyjmij to, co mówi dziecko bez osądzania i demonizowania. Nie udawaj, że wszystko jest w porządku.

8. Nie wypowiadaj się negatywnie o agresorze, lecz powiedz, że ta osoba również potrzebuje pomocy.

9. Nie obiecuj dziecku niczego, czego nie możesz mu zapewnić.

10. Kończąc rozmowę z dzieckiem musisz:

- jeszcze raz zapewnić, że mu wierzysz,

- zapoznać dziecko z tym, co dalej nastąpi,

- pochwalić za to, że zdecydowało się ujawnić przemoc. •

Jeśli nie masz możliwości porozmawiać z dzieckiem, zawsze możesz podpowiedzieć dziecku i jego matce numer telefonu do  
**Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy (niebieska linia):**  
**0 801 120 002**

Telefon jest czynny:  
poniedziałek ~ piątek:  
10.00 - 22.00,  
sobota ~ niedziela:  
10.00 - 16.00

### Literatura:

1. Harman J. (1998), Przemoc. Uraz psychiczny i powrót do równowagi. Różne oblicza przemocy i sposoby przezwyciężania skutków, Gdańsk, GWP.

2. James R.K., Gilliland B.E. (2004), Strategie interwencji kryzysowej, Warszawa, PARPA.

3. Kubacka-Jasiecka D. (2005), Interwencja kryzysowa, W: Sęk H. (red.): Psychologia kliniczna, t. 2, Warszawa PWN. 4. Sutton C. (2004), Psychologia dla pracowników socjalnych, Gdańsk, GWP.

mgr *Monika Kowalska-Wojtysiak*  
psycholog  
Zakład Pedagogiki  
w Pielęgniarstwie, UM w Łodzi

wystąpienia przemocy nie związanych bezpośrednio  
się m.in. historię dzieciństwa matki i ojca, którzy  
zazwyczaj mają już liczbę już posiadanych dzieci i stosunku rodziców

mgr JOLANTA KAŁUŻNA

# Barwy w psychologii

Preferencje kolorystyczne kształtują się około 2 roku życia i mają silny związek z temperamentem.

Od lat wiadomo, że kolory oddziałują na człowieka – uspokajając bądź pobudzając, a ponadto manifestują stany emocjonalne, potrzeby i pragnienia ludzi. Każda barwa ma swoje znaczenie symboliczne, które rozumiane i interpretowane jest na poziomie podświadomym. Kolor jest to odbite światło, które widzimy i czujemy poprzez oczy, zmysły i mózg.

Różne kolory budzą u człowieka odmienne wrażenia sensualne. Kolor

czerwony wywołuje inne uczucia niż kolor niebieski. Nawet odcienie tego samego koloru budzą inne odczucia. Kolory, podobnie jak tony w muzyce, są efektem drgania fal o różnej częstotliwości. Ta częstotliwość wywołuje odczucia sensualne, które można dokładnie określić i zmierzyć. Wiedza na temat psychologii koloru gromadzona jest od stuleci. W historycznym rozwoju nauki o barwach wyróżnia się trzy duże epoki:

- pierwszą, bez dokładnej znajomości podstaw przyrodniczych,
- drugą, w której pojawiają się badania różnych wycinków tej dziedziny,
- trzecią, epokę systemów naukowych, przeznaczonych do praktycznego zastosowania.

W starożytności i średniowieczu brak było jasnego pojęcia o powstawaniu i istocie barw, dlatego często działano intuicyjnie. Pierwsze teoretyczne rozważania o istocie i powstaniu barw pojawiły się w starożytnej

Grecji. Brak było jednak dokładnych badań przyrodniczych. Dopiero I. Newton w XVII wieku odkrył spektrum widzialnych kolorów i opisał ich rozkład w fali świetlnej. W XIX wieku medycyna wywarła wpływ na naukę o barwach. Około 1852 roku niemiecki lekarz i profesor H. Helmholtz odkrył dwa procesy: mieszanie barw addytywne i subtralitywne, a także opisał niejedną fizjologiczny problem barw. Jednak dopiero dzieło W. Ostwalda „Nauka o barwach” stało się początkiem naukowej systematyki barw.

Obecnie możemy się poszczycić wieloma różnorodnymi opracowaniami statystycznymi i obserwacjami klinicznymi dotyczącymi kolorów. Przykładowo badania prowadzone w Kanadzie przez H. Wohlfaftha

Kolory zimne, takie jak przydymiony róż, beżowoszary, różne odcienie zieleni, niebieskiego i szarości sprzyjają pracy koncepcyjnej, działają uspokajająco i łagodząco, poprawiają koncentrację uwagi, zmniejszają napięcie nerwowe, wzmagają cierpliwość, podtrzymują aktywność. Stosowane powinny być w ruchliwych biurach, a nawet w domach. Są to kolory wywołujące szacunek, wzmacniające autorytet, wskazujące na prestiż, budzące uczucie podziwu oraz dystansu.

Kolor szary wpływa stymulująco na komórki mózgowie. Został uznany za najbardziej odpowiedni w biurach, laboratoriach i pomieszczeniach, w których wymagane jest skupienie.

Barwy czerwona i pomarańczowa, żółta rozpraszają nudę i monotonię pracy, są to kolory przekazujące energię, wesołe i żywe. Należy jednak pamiętać o zachowaniu umiaru, nadmiar tych kolorów w pomieszczeniu może rozpraszać, a nawet irytować.



pokazały, że kolor czerwony (a dokładniej pomarańczowoczerwony) powoduje u osoby przyśpieszenie pulsu, oddechu oraz podniesienie ciśnienia krwi. Na kolor ciemnoniebieski system nerwowy człowieka reaguje przeciwnie. Osoby szukające spokoju, ciszy i odprężenia koncentrują się na kolorze właśnie ciemnoniebieskim, natomiast odrzucają czerwony.

Od 1953 roku wiadomo dlaczego tak się dzieje. To właśnie wtedy R. Becker dowiódł, że sieć włókien nerwowych prowadzi bezpośrednio z jądra siatkówki do śródmózgowia. Współdziałanie różnych organów wzrokowych regulowane jest w śródmózgowiu, przy udziale przysadki mózgowej i systemu nerwowego. Zatem jeżeli układ wegetatywny nastawiony jest na pobudzenie to odpowiada mu częstotliwość drgań koloru czerwonego, gdy na zwolnienie - częstotliwość drgań koloru ciemnoniebieskiego.

Mowa kolorów jest międzynarodowa, działa podobnie na wszystkich ludzi na świecie, dodatkowo w analogiczny sposób barwy działają na zwierzęta. Algierski badacz Benoit badał aktywność seksualną kaczorów. Przewiązał kaczorom oczy czarnymi opaskami. Stwierdził po tym zabiegu, że aktywność seksualna uległa osłabieniu. Następnie po pobycie kaczorów w pomieszczeniu, gdzie paliło się światło pomarańczowoczerwone ich aktywność seksualna wyraźnie wzrosła.

Warto wiedzieć, że preferencje kolorystyczne kształtują się około 2 roku życia i mają silny związek z temperamentem, ale w toku rozwoju może zmieniać się postrzeganie świata,

a w efekcie również preferencje kolorystyczne.

Należy również zauważyć, że w psychologii nie tylko wiele mówi się o wpływie koloru na ludzi, o tym jakie barwy np. ubioru wybierają osoby o określonej osobowości czy usposobieniu, ale również wykorzystuje się kolory w testach psychologicznych do diagnozy osób. Przykładem takich technik są: test piramid barwnych R. Heissa i P. Haldera (bada afektywną strukturę osobowości człowieka) i test kolorów M. Luschera (służy do badania dynamicznej strony osobowości i do oceny typu przeżywania).

Przykładowo:

Kolor czerwony to kolor pobudzenia psychomotorycznego, dużej witalności, pożądania, sukcesu. Wyraża impuls do przeżywania i zdobywania. Podwyższa ciśnienie krwi, przyśpiesza akcję serca i oddychania.

Kolor niebieski symbolizuje jedną z podstawowych potrzeb fizjologicznych człowieka - potrzebę spokoju. Ma na celu zregenerowanie i zebranie sił. Ponadto symbolizuje potrzebę harmonii - atmosferę jedności i zgody, zadowolenia - poczucia fizycznej i psychicznej sytości, wzajemnego zaufania, głębokiego przywiązania, przynależności, wierności, miłości, czułości, poświęcenia się, uległości i oddania. Obserwacja niebieskiego koloru daje odczucie orzeźwienia, a także odczucie zmniejszenia ciężaru.

Żółty kolor z jednej strony ostrzega, oznacza niebezpieczeństwo dynamiczne, a z drugiej strony zachęca do działania. Jest kolorem nadziei.

Kolory ciepłe, takie jak jasna zieleń, brąz, beżowy i kremowy, działają pobudzająco, polecane są do wystroju pomieszczeń związanych z długotrwałym oczekiwaniem, np.: poczekalni u lekarza, prawników itp.

Podobnie jak czerwony przyśpiesza puls i oddychanie, podnosi ciśnienie, ale czyni to w sposób labilny. Ponadto reprezentuje potrzebę szczęścia.

Kolor zielony symbolizuje potrzebę poczucia własnej wartości, godności i wyższości oraz potrzebę panowania nad wydarzeniami. Potrzeba ta wydaje się być szczególnie silna u osób ze wzmożoną wrażliwością intelektualną. Ponadto kolor zielony symbolizuje wytrwałość w realizowaniu celów i ideałów, skłonność do imponowania innym zwłaszcza swą inteligencją i osiągnięciami intelektualnymi albo swą władzą. Kolor ten pozostaje w związku z poczuciem dumy, szukaniem prestiżu i z dążeniem do postawienia na swoim. Daje efekt uspokajający i wyciszający.

Kolor fioletowy oznacza fascynującą potrzebę czulej identyfikacji. Fiolet może być wyrazem, jak twierdzi M. Luscher, identyfikacji w sensie „erotycznego współprzeżywania i intuicyjnego - uczuciowego rozumienia się.” Kto preferuje fiolet chciałby nawiązać „magiczną relację”, być oczarowany i samemu czarować. Ponadto fiolet symbolizuje postawę nieodróżnicowania i chwiejnego niezdecydowania.

Kolor brązowy reprezentuje potrzeby ciała.

Kolor czarny jest kolorem agresji i nicości. Preferują go osoby będący w trudnych sytuacjach, powodujących napięcia wewnętrzne.

Kolor biały jest kolorem ucieczki od trudności. •

Literatura u Autorki

mgr *Jolanta Kałużna*  
psycholog

Zielony kolor – błądy odcień – działa łagodząco na oczy, odpręża po intensywnym wysiłku.

Pomalowany na niebiesko pokój odstrasza owady. Kolorem, który owady przyciąga – są ciepłe kolory żółci i pomarańcze.

# OSTEOPOROZA

## cichy „złodziej” kości

Sondaże przeprowadzane w ostatnich latach wskazują na to, iż po 50 roku życia na osteoporozę choruje co 4 kobieta i co 6–7 mężczyzn.

Definicja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO): „osteoporoza jest układową chorobą szkieletu, charakteryzującą się niską masą kości, upośledzoną mikroarchitekturą tkanki kostnej i w konsekwencji zwiększoną jej łamliwością i podatnością na złamania”.

Ze względu na znaczny wzrost populacji osób starszych obecnie staje się ona ogromnym problemem zdrowotnym i socjoekonomicznym, dlatego WHO uznała osteoporozę za chorobę społeczną.

Sondaże przeprowadzane w ostatnich latach wskazują na to, iż po 50 roku życia na osteoporozę choruje co 4 kobieta i co 6–7 mężczyzn. W Polsce osteoporozą jest zagrożonych około 5 milionów kobiet i 4 milionów mężczyzn przy czym procent zagrożonych mężczyzn ciągle wzrasta.

W Polsce rocznie około 30 000 chorych na osteoporozę doznaje złamań szyjki kości udowej, co piąta osoba z nich umiera z tego powodu, a pozostali po złamaniu kręgow

w dużej części pozostają inwalidami. Dlatego niezmiernie ważna jest profilaktyka osteoporozy i jej leczenie we wczesnych etapach choroby w celu niedopuszczenia do zaniku tkanki kostnej, a tym samym zmniejszenia częstości niekorzystnych następstw.

Wnioski jakie wyciągnęłam z odbytych rozmów z chorymi przebywającymi na moim oddziale, pozwoliły mi całkowicie zgodzić się z opinią Międzynarodowej Fundacji Osteoporozy (IOF) mówiącej o tym, iż ludzie posiadają niewielką wiedzę na temat tej choroby. Dlatego też postanowiłam zgłębić i jednocześnie w krótki i czytelny sposób opisać podjęty przeze mnie temat.

Dla prawidłowego postępowania z chorymi konieczne jest zrozumienie budowy, fizjologii i patofizjologii tkanki kostnej oraz metabolizmu wapnia i fosforu w organizmie człowieka.

Kość jest żyjącą tkanką. Nieustannie podlegają cyklicznej przebudowie, która obejmuje uporządkowany ciąg procesów komórkowych w obrębie



# OSZCZĘDZAJĄC

mgr BOŻENA ŁUSZCZYŃSKA



kości. Dzięki przebudowie następuje regularna odnowa macierzy kostnej w dorosłym wieku, co zapewnia utrzymanie odpowiednich właściwości mechanicznych tkanki kostnej.

Resorpcja kości jest wynikiem aktywności osteoklastów, osteoblasty zaś odpowiadają za tworzenie macierzy kostnej, odkładaniu nowych warstw i mineralizację. Regulacja różnicowania komórek kostnych oraz ich aktywność jest bardzo złożonym procesem obejmującym układy hormonalne, cytokiny, czynniki transkrypcyjne oraz ich receptory, a także wewnątrzkomórkowe układy przekaźników białkowych. Jakikolwiek zaburzenie w tych układach regulacji prowadzi do zaburzenia równowagi pomiędzy resorpcją przebiegającą z udziałem osteoklastów a tworzeniem kości, doprowadza do utraty tkanki kostnej.

Procesy zachodzące w kościach mają ścisły związek z ogólnoustrojową gospodarką wapniowo-fosforanową. Czynniki prowadzące do ujemnego bilansu wapniowo-fosforanowego pobudzają układ regulacji hormonalnej i nasilają uwalnianie wapnia z kości w celu utrzymania stałego stężenia tego jonu w osoczu. Dopóki nie występują zaburzenia w składzie osocza i jego pH, stężenie wapnia zależy od interakcji trzech narządów – jelit, kości i nerek. Wahania stężenia wapnia regulowane są przez wzajemne oddziaływanie trzech hormonów, z których najistotniejszym jest parathormon – zwiększa resorpcję kości, zwiększa resorpcję wapnia w kanalikach nerkowych i wchłanianie jelitowe.

Niedostateczna podaż wapnia i witaminy D3 w diecie oraz choroby, które zaburzają jego wchłanianie lub zwiększają wydalanie wapnia przez nerki prowadzą do utraty masy kostnej.

Podstawowym źródłem witaminy D jest jej synteza w skórze. Zachodzi ona pod wpływem światła, głównie ultrafioletu. W letni dzień wystarczy spędzenie 15 minut na słońcu, aby pokryć nasze dzienne na nią zapotrzebowanie.

## Czynniki ryzyka w powstawaniu osteoporozy

1. Środowiskowe i dietetyczne: zbyt niska podaż wapnia w diecie, mała lub nadmierna podaż fosforu w diecie, niedobory białkowe, dieta bogato-białkowa (utrata wapnia indukowana kwasica), obniżona podaż witaminy D, brak ekspozycji na promienie słoneczne, alkoholizm, nikotynizm, kofeinizm, brak aktywności fizycznej, długotrwałe unieruchomienie.

2. Demograficzne i społeczne: płeć żeńska, zaawansowany wiek (powyżej 65 roku życia), rasa biała i żółta, szczupła budowa ciała, niska masa ciała (mała szczytowa masa tkanki kostnej), predyspozycje rodzinne (osteoporoza u matki).

3. Stan hormonalny: przedłużony brak miesiączki, nierodzenie, hipogonadyzm u mężczyzn, okres pomenopauzalny (przedwczesny lub indukowany chirurgicznie), niedobór hormonów płciowych o różnej etiologii.

4. Długotrwała terapia lekami: glikokortykosteroidami, przeciwdrgawkowymi, alkalizującymi treść żołądkową zawierającymi glin, heparyną, tetracyklinami, izoniazydem, przeciwnowotworowymi.

Istotnym czynnikiem warunkującym rozwój osteoporozy jest wielkość szczytowej masy kostnej.

Gęstość mineralna kości (BMD) rośnie z wiekiem do osiągnięcia wartości szczytowych po 20 roku życia, w tym samym czasie, gdy rośnie masa ciała i masa mięśni.

Zależność masy kostnej od masy ciała utrzymuje się u obojga płci przez resztę życia w zakresie wagi ciała od 45 do 95 kg. Im jest większa masa ciała i większa aktywność fizyczna, tym wyższa masa kości i odwrotnie.

Na wartość tę mają również wpływ czynniki genetyczne, nawyki żywieniowe, styl życia, prawidłowa czynność wielu hormonów i wydolność narządów uczestniczących w utrzymaniu homeostazy wapniowej w ustroju.

Od czwartej dekady życia szczytowa masa kostna maleje. Ten fizjo-



logiczne związane z wiekiem zanik tkanki kostnej waha się od 0,5 do 1,0 proc. masy tkanki kostnej rocznie. Kobiety mają 30-50 proc. mniejszą niż mężczyźni szczytową masę kostną.

Średnio tracą one w ciągu całego życia 30-40 proc. masy kostnej, natomiast mężczyźni około 20-30 proc., co tłumaczy wcześniejsze występowanie osteoporozy pierwotnej u kobiet.

Obniżenie wytrzymałości kośćca manifestuje się złamaniami. Cechą charakterystyczną złamań w przebiegu osteoporozy jest ich wystąpienie po niewielkim urazie np. upadku z wysokości własnej. Najczęstszą lokalizacją złamań są: dalsza nasada kości przedramienia, kręgi (początkowo Th, później Th/L i na końcu S), żebra, a po 65 roku życia złamanie bliższej nasady kości udowej. Zgodnie z zaleceniem WHO rozpoznanie osteoporozy wymaga wykonania pomiaru gęstości kości (BMD) metodą DEXA w odcinku lędźwiowym kręgosłupa i/lub w bliższej nasadzie kości udowej.

Na podstawie wyników pomiaru BMD obowiązują następujące kryteria oceny tkanki kostnej:

- osteoporoza zaawansowana: T-score mniejsze od (-)2,5 i obecność złamań,
- osteoporoza: T-score mniejsze od (-)2,5, bez obecności złamań,
- osteopenia: T-score w zakresie od (-)1,0 do (-)2,5,

- prawidłowa masa kostna: T-score od 1,0 do (-)1,0.

T-score - odchylenie standardowe od wartości szczytowej masy kostnej zdrowych, młodych kobiet w wieku 20-29 lat.

### Rozpoznanie osteoporozy

Rozpoznanie osteoporozy wymaga wykluczenia chorób prowadzących do uogólnionego zaniku kostnego tj. nadczynność przytarczyc, osteomalacji i choroby nowotworowej.

Leczenie osteoporozy polega na zahamowaniu lub spowolnieniu procesu

to musisz stosować farmakologiczne preparaty wapnia.

Ogranicz ilość spożywanego mięsa, nie eliminuj go całkowicie.

Jedz często ryby pod różnymi postaciami.

Zastąp białe pieczywo chlebem razowym lub wieloziarnistym.

Nie jedz słodczy, zastąp je orzechami lub owocami.

Ogranicz picie coca-coli (uniemożliwiają wchłanianie wapnia w jelitach) oraz kawy i herbaty - zawsze pij je z mlekiem.

Dbaj o różnorodność spożywanych posiłków.

Nie przejadaj się, odchodź od stołu z poczuciem, że jeszcze byś coś zjadł.

Ponadto zapamiętaj!

Wchłanianie wapnia hamują pokarmy włóknikowe (pektyny), fityniany (ziarna, fasola), szczawiany (szpinak), tłuszcze i fosforany (szczególnie zawarte w konserwach). Przyspieszają zaś węglowodany, laktoza i lizyna.

### Aktywność fizyczna

Należy dostosować ją do wieku i możliwości zdrowotnych. Do najczęstszych form należą: marsz, bieg, nordic walking (spacer z kijkami), długie spacer, aerobik, taniec, jazda na rowerze, pływanie.

Wszystkie te formy poprawiają koordynację ruchów, zapobiegają złamaniom osteoporotycznym i usprawniają układ mięśniowy.

Pamiętaj!!!

Leczenie osteoporozy musi być systematyczne i długotrwałe, tylko wtedy będzie skuteczne. •

Literatura u Autorki

mgr *Bożena Łuszczynska*  
spec. piel. opieki długoterminowej  
Szpital Powiatowy w Radomsku  
Oddział Reumatologii

# STANDARD POSTĘPOWANIA z pacjentem agresywnym

Agresywność to wszelkie działania (fizyczne lub słowne), których celem jest wyrządzenie krzywdy fizycznej lub psychicznej – rzeczywistej bądź symbolicznej – jakiejsi osobie lub czemuś co ją zastępuje. Agresja jest zazwyczaj reakcją na frustrację, jest też objawem wrogości.

## I. Kryteria struktury

- na oddziale pracuje odpowiednia liczba personelu,
- zatrudniony personel jest odpowiednio przeszkolony, posiada wiedzę i umiejętności w zakresie postępowania z pacjentem agresywnym,
- na oddziale panują odpowiednie warunki lokalowe odpowiadające wymogom zapewnienia bezpiecznych warunków pracy,
- oddział wyposażony jest w wystarczającą ilość bezpiecznego sprzętu,
- na oddziale są wydzielone pokoje obserwacyjne z prawidłowo prowadzoną kontrolą zachowań agresywnych pacjentów,
- personel prowadzi stosowną dokumentację postępowania z pacjentem agresywnym i opieki nad tym pacjentem,
- pielęgniarki zapewniają kompleksową opiekę nad pacjentem agresywnym,
- w przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego trwa on tak długo, jak jest to konieczne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i otoczenia.

## II. Kryteria procesu

1. Zasady kontaktu z pacjentem agresywnym:
  - unikać przebywania z osobą agresywną w zamkniętym pomieszczeniu,

- unikać zbliżania się na bliską odległość (wyciągniętych ramion),
- jak najszybciej powiadomić pozostałych członków personelu o zagrożeniu i wezwać pomoc,
- ograniczyć pacjentowi dostęp do przedmiotów, które mogą być niebezpieczne dla życia lub zdrowia jego lub innych osób,
- nie przejawiać kontrowersyjnych zachowań, unikać sporów i zachowań prowokacyjnych,
- zachować spokój i opanowanie, ale bez okazywania strachu,
- mówić łagodnym i spokojnym tonem,
- przedstawić się (brak anonimowości obniża napięcie),
- trzymać ręce w polu widzenia pacjenta i nie odwracać się od niego plecami.

2. W przypadku braku poprawy w zachowaniu pacjenta, personel medyczny informuje go o zamiarze zastosowania wobec niego przymusu i rodzaju środka przymusu. Przy wyborze środka przymusu należy wybierać środek możliwie dla tej osoby najmniej uciążliwy, a przy zastosowaniu przymusu należy zachować szczególną ostrożność i dbałość o dobro tej osoby.

3. Ustawa psychiatryczna dopuszcza stosowanie następujących środków przymusu:

- przytrzymanie jest doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniem pacjenta z użyciem siły fizycznej,
- unieruchomienie jest dłużej trwającym obezwładnieniem pacjenta z użyciem pasów, uchwytów lub kaptana bezpieczeństwa,
- izolacja polega na umieszczeniu pacjenta samego w zamkniętym pomieszczeniu,
- przymusowe zastosowanie leków jest doraźnym wprowadzeniem leków do organizmu pacjenta bez jego zgody. Zastosowanie przymusu bezpośredniego może nastąpić z użyciem więcej niż jednego dozwolonego środka przymusu.

4. Decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego oraz rodzaju środka przymusu podejmuje lekarz. Lekarz zobowiązany jest również do osobistego nadzoru nad jego wykonaniem. Jeśli nie jest możliwe uzyskanie natychmiastowej decyzji lekarza, to o zastosowaniu przymusu bezpośredniego decyduje pielęgniarka. O fakcie tym pielęgniarka jest zobowiązana niezwłocznie zawiadomić lekarza.

5. Do unieruchomienia pacjenta wymagana jest obecność dostatecznej liczby przeszkolonych osób. Optymalna liczba osób wynosi 5 członków personelu. Do pochwylenia każdej kończyny wyznacza się po jednej osobie. Na żądanie lekarza pogotowie

ratunkowe, policja oraz straż pożarna są obowiązane udzielić mu pomocy.

6. Fakt zastosowania przymusu bezpośredniego musi zostać zanotowany w dokumentacji medycznej. Odnotowaniu podlegają informacje dotyczące przyczyny jego zastosowania, użytego środka przymusu, a także czasu jego zastosowania. W pierwszym rzędzie informacje te zamieszcza się w tak zwanej karcie stosowania środków przymusu. Ponadto wpisuje się je do dokumentacji medycznej pacjenta i raportu pielęgniarskiego.

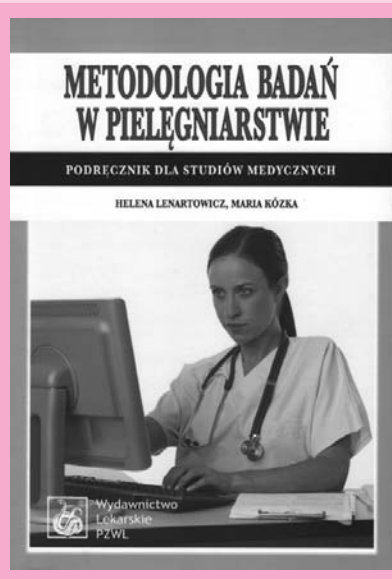
7. Przymus bezpośredni może być stosowany tylko przez czas trwania przyczyny, która uzasadnia jego podjęcie. Przymus bezpośredni trwa tak długo jak jest to konieczne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta i otoczenia. Lekarz określa czas stosowania przymusu bezpośredniego, jednak nie dłużej niż przez 4 godziny. Po upływie wyznaczonego czasu lekarz może w razie potrzeby przedłużyć unieruchomienie na kolejny niezbędny okres, nie dłużej jednak niż 6 godzin. Dopuszczalne są kolejne przedłużenia stosowania tych środków. Przed podjęciem decyzji o przedłużeniu stosowania środków przymusu, lekarz jest zobowiązany przeprowadzić osobiste badanie pacjenta.

8. Pielęgniarka dyżurna kontroluje stan osoby unieruchomionej nie rzadziej niż co 15 minut, również w czasie snu tej osoby. Adnotację o stanie osoby zamieszcza bezzwłocznie w karcie.

### III. Kryteria wyniku:

- pacjent ma zapewnioną kompleksową opiekę pielęgniarską,
- przymus bezpośredni trwa tylko tak długo jak jest to konieczne,
- nie dochodzi do powikłań w przypadku długotrwałego unieruchomienia,
- udokumentowanie przymusu w stosownej dokumentacji. •

Komisja ds. Pielęgniarstwa  
Psychiatrycznego przy  
Okręgowej Radzie Pielęgniarek  
i Położnych w Łodzi



Metodologia badań w pielęgniarstwie.  
Helena Lenartowicz, Maria Kózka  
Wydawnictwo Lekarskie PZWL ,  
Warszawa, 2010  
ISBN 978-83-200-4097-5

Jest to pierwszy na polskim rynku podręcznik metodologii badań naukowych przeznaczony dla pielęgniarek. Autorki opisują w nim zagadnienia dotyczące określania problemów badawczych, doboru właściwych metod i technik badawczych, krytycznego czytania naukowych tekstów i samodzielnego pisania artykułów naukowych.

Podręcznik jest skierowany do studentów pielęgniarstwa, ale może być przydatny także dla nauczycieli metodologii oraz promotorów prac dyplomowych na studiach pielęgniarskich i innych kierunkach prowadzonych w ramach nauk o zdrowiu. W spisie treści min.: badania naukowe - cele, funkcje, struktura, paradygmaty nauki, rodzaje badań naukowych i ich użyteczność w pielęgniarstwie, istota badań w pielęgniarstwie, teoretyczne modele pielęgniarstwa, etyczne aspekty badań, proces krytycznej oceny publikacji, zastosowanie badań naukowych w praktyce pielęgniarskiej. W rozdziale drugim przedstawiono: koncepcje naukowego badania empirycznego - struktura koncepcji, źródła informacji naukowej - przegląd piśmiennictwa, określenie celów badania, problemy badawcze i kryteria ich poprawności, zmienne, wskaźniki zmiennych i hipotezy badawcze. Rozdział trzeci poświęcono gromadzeniu materiału badawczego - wybór metod, technik, narzędzi badawczych, określenie zbiorowości statystycznej i dobór próby, przeprowadzenie badań. W czwartym i jednocześnie ostatnim rozdziale przedstawiono jak opracować materiał badawczy - porządkowanie zebranego materiału, statystyczne opracowanie zebranego materiału, analiza i prezentacja materiału, dyskusja i wnioski, opracowanie pisemne. Autorki mają nadzieję, że każdy kto zdobywa zawód pielęgniarki bądź położnej jest świadomym związku między stopniem zaawansowania nauki a postępami w praktyce a przez to rozumie znaczenie kształtowania umiejętności prowadzenia badań. Warto przypomnieć, że każda pielęgniarka i położna jest zobowiązana do wysiłku na rzecz rozwoju zawodu i doskonalenia opieki. Uzasadnione jest zatem przybliżenie studentom tych zawodów metodologii - nauki traktującej o prawidłowościach rządzących procesem poznawczym w nauce. •

główny specjalista ds. merytorycznych  
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska





# Wsparcie społeczne w procesie osierocenia jako profilaktyka żałoby patologicznej

Osobom osieroconym przez tych, którzy odeszli, nie poświęca się uwagi, a przecież jest to poważny problem społeczny, bo co roku w żałobie pogrążonych jest wiele osób.

„Większość chorych na raka umiera w milczeniu, ponieważ są zbyt słabi, by krzyczeć”  
*King Stephen*

**K**ażdego roku tysiące ludzi zapada na nieuleczalne, ciężkie choroby, w tym na nowotwory. Dla wielu z nich, to początek walki z rakiem, czasami zakończony sukcesem, dla innych zaś, to nieuchronny czas zbliżania się do kresu życia – do śmierci. Dla wszystkich natomiast jest wielkim ciosem, zmieniającym dotychczasowe życie osoby chorej i jej rodziny. Wiele razy w życiu człowiek spotyka się z bólem, chorobą i cierpieniem. Jednakże kiedy to cierpienie dotyka kogoś bliskiego i jest rozciągnięte w czasie, staje się prawdziwym wyzwaniem. Wiadomość o nieuleczalnej chorobie powoduje rozpacz, bezradność, niepewność i strach przed śmiercią, niesie ze sobą negatywne konsekwencje – utratę celu i sensu życia, upośledza funkcjonowanie rodziny. Do tego dołączyć należy także bolesne doświadczenie cierpienia i umierania w samotności.

Ta właśnie świadomość, czym jest dla człowieka chorego i jego rodziny choroba nieuleczalna, w jak różny sposób ludzie przeżywają żałobę po stracie,

skłoniło mnie do podjęcia tego tematu w poniższej pracy.

Śmierć bliskiej osoby, z którą jesteśmy szczególnie związani, utrata kogoś, kogo kochamy, to jedno z najbardziej przygnębiających i tragicznych przeżyć w życiu człowieka. To trudne doświadczenie, które mimo upływu czasu wpływa na nasze życie i bardzo często odbija się w nas głębokim piętnem.

Odejściu bliskich towarzyszą różne uwarunkowania. Niektórzy towarzyszą swym bliskim w ciężkiej chorobie do końca ich dni i są świadomi zbliżającej się śmierci, a tym samym nieuchronnej straty ukochanej osoby. Inni tracą bliskich w sposób nagły, np. wskutek wypadku, nagłej choroby. Strata osoby bliskiej zarówno u jednych, jak i drugich powoduje smutek, żal, przeżywanie żałoby, która może przybrać nietypowy, patologiczny przebieg, szczególnie, gdy śmierć nastąpiła nagle.

Dlaczego tak się dzieje? Nagła strata ukochanej osoby uświadamia bowiem

osobie osieroconej, że nie miała możliwości ani czasu na wyrażenie tego, z czym zwlekała, co czuła, że nie było czasu na pożegnanie się, czy uporządkowanie wielu spraw, co może nasilać poczucie winy i pogłębiać smutek. Inaczej wygląda sytuacja pacjentów w terminalnym okresie choroby.

W swej pracy chciałabym skoncentrować się właśnie na tej grupie pacjentów i wsparciu społecznym udzielanym rodzinom, które są świadome zbliżającej się śmierci osoby bliskiej, do których dochodzi świadomość rozstania i które potrzebują szczególnej pomocy.

Ja jako pielęgniarka uważam, że edukacja i wsparcie bliskich osoby w terminalnym okresie choroby jest wyzwaniem dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego, gdyż profesjonalne przygotowanie rodziny do rozstania skutecznie może zapobiec wystąpieniu żałoby patologicznej i poczucia osierocenia. Każdej rodzinie, która opiekuje się osobą nieuleczalnie chorą, należy ułatwić pogodzenie się

z faktem, że jeden z jej członków jest śmiertelnie chory. Ważne jest łagodzenie żalu, lęku i poczucia krzywdy. Rodzina, która jest świadoma, przygotowana i spokojna, umie udzielać pomocy osobie chorej, zwiększając jego komfort fizyczny i psychiczny, przez co wpływa na złagodzenie bólu totalnego. Ponadto oswaja się z myślą, że nadchodzi czas pożegnania z ukochaną osobą. Czasami zastanawia się jak to będzie, gdy nadejdzie śmierć, gdy strata stanie się rzeczywistością.

O żałobie i smutku po stracie osoby, którą kochamy mówi się niewiele. W naszym kraju temat śmierci, osierocenia i żałoby jest tematem tabu. Osobom osieroconym przez tych, którzy odeszli, nie poświęca się uwagi, a przecież jest to poważny problem społeczny, bo co roku w żałobie pogrążonych jest wiele osób.

Strata osoby bliskiej całkowicie zmienia rzeczywistość, jest silnym przeżyciem powodującym ogromne, czasami długotrwałe zmiany w zachowaniu człowieka. Żałoba jest przykrym doświadczeniem – zarówno dla osoby osieroconej, jak i dla jej przyjaciół, znajomych, czy nawet współpracowników. Człowiek po stracie kogoś, kogo mimo śmierci w dalszym ciągu kocha, przeżywa żal, smutek, rozpacz i w mniejszym, lub w większym stopniu potrzebuje różnego rodzaju wsparcia – wsparcia bliskich, przyjaciół, czasami opieki psychologicznej, socjalnej, duchowej, a czasami tylko dobrego słowa. Nie zawsze przecież człowiek potrafi powrócić do rzeczywistości, pogodzić się ze śmiercią, dźwignąć się z poczucia osierocenia. Popada wówczas w ciężką depresję, a jego żałoba niepostrzeżenie zmienia się w żałobę patologiczną, która wymaga już profesjonalnej opieki i pomocy specjalistów.

Aby mówić o wsparciu społecznym w procesie osierocenia jako profilaktyce żałoby patologicznej, należy wiedzieć, czym tak naprawdę jest żałoba i osierocenie.

Co to jest żałoba, czym różni się od żałoby patologicznej, jak zapobiegać

żałobie patologicznej i jak ją leczyć, czym jest osierocenie? To najczęściej zadawane pytania.

Śmierć, żałoba osierocenie są ściśle związane z opieką paliatywną. Śmierć jest naturalnym zakończeniem długotrwałego cierpienia, bólu, trudu walki z chorobą nieuleczalną i często poprzedzona jest fazą terminalną i okresem agonii. Żałoba nie jest chorobą i nie może być utożsamiana z depresją. Żałoba dotyczy wszystkich osieroconych członków rodziny zmarłego pacjenta.

Osierocenie natomiast jest stanem psychicznym, który występuje u człowieka po stracie bliskiej osoby. Należy go odróżnić od żałoby, która jest przykrą sytuacją dotyczącą osobę osieroconą. Osierocenie jest procesem indywidualnie różnym i zależnym od wielu czynników. W zależności od tego jak ważna dla osieroconego była osoba zmarła, można mówić o różnych stanach przeżywania osierocenia.

Każdy z nas inaczej przeżywa stratę osoby bliskiej – niektórzy zamykają się w sobie, swe myśli koncentrują na osobie zmarłej, izolują się od innych ludzi, inni zaś potrzebują kontaktu z innymi, rozmowy, czułości i poczucia bezpieczeństwa.

Żałoba jest naturalną silną reakcją na tragiczne zdarzenie życiowe – utratę lub śmierć bliskiej osoby. Jest to doświadczenie, które dotyka każdego człowieka w pewnym momencie życia, staje się też poważnym problemem dla całej rodziny.

Może trwać dłużej lub krócej i wywoływać wiele niekorzystnych reakcji dla osoby osieroconej – może nasilać dotychczasowe choroby, wywoływać nowe, może też prowadzić do pogłębienia istniejących nałogów, lub sięgnięcia do nowych np. palenie papierosów, lekomania, alkoholizm czy narkomania. •

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

## Najwyższa Izba Kontroli o kształceniu pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych

W systemie kształcenia pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych, realizowanym w publicznych szkołach wyższych, Naczelna Izba Kontroli znalazła kilka nieprawidłowości.

Jako niewystarczające Naczelna Izba Kontroli oceniła współdziałanie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego, nadzorującego szkoły wyższe, w tym zawodowe, z Ministrem Zdrowia, nadzorującym uczelnie medyczne, dla kreowania polityki kształcenia w zawodach medycznych. Najwyższa Izba Kontroli negatywnie ocenia brak pełnej wiedzy organów administracji publicznej o potrzebach kadrowych (pielęgniarek, położnych, ratowników medycznych) systemu ochrony zdrowia w skali kraju i poszczególnych regionów. Nieprzydatne były raporty roczne konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinach specjalności medycznych objętych kontrolą, na skutek ich niejednorodności, spowodowanej m.in. nieokreśleniem pożądanych wskaźników liczby fachowych pracowników ochrony zdrowia dla poszczególnych grup obywateli.

W ocenie Naczelnej Izby Kontroli zaniechania te mogą uniemożliwić rzetelne monitorowanie potrzeb oraz skuteczne reagowanie na braki kadrowe, spodziewane w związku z wejściem na rynek pracy niżu demograficznego oraz spadkiem zainteresowania podejmowaniem kształcenia, szczególnie w przypadku zawodu pielęgniarki.

Raport znajduje się  
na stronie NIK  
[www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl)