

*Nie umiem być srebrnym aniołem  
ni gorejącym krzakiem  
Tyle Zmartwychwstań już przeszło  
a serce mam byle jakie.  
Tyle procesji z dzwonkami –  
Tyle już alleluja  
a moja świętość dziurawa  
na ćwiartce włoska się buja*

*Jan Twardowski*



*Zdrowych, pogodnych świąt  
Wielkanocnych  
wiary, nadziei i miłości oraz  
rodzinnego ciepła  
życzy Państwu*

*Okręgowa Rada  
Pielęgniarek i Położnych*

*Redakcja Biuletynu*

**Biuletyn 4/2010**

**1 kwietnia 2010 roku**

**Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**

- 2 Serwis informacyjny
- 2 **Szkolenia, konferencje**
- Sprawozdania z konferencji:**
- 4 **Czy i jak ustalać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych?**  
Maria Kowalska, Elżbieta Krokocka, Ewa Sypniewska-Dobrowolska
- 6 **Planowanie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych**  
Anna Pakulska
- 10 **Postawili na swoim – własny biznes w zasięgu ręki**
- Spotkania z rzecznikiem**
- 12 **Odpowiedzialność zawodowa pielęgniarek i położnych**  
Zbigniew Cybulski
- 15 **Wiosenne poszukiwania**  
Marianna Król
- 17 **Dostęp doszpikowy**  
Lucyna Okulska
- Koło Naukowe Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego**
- 19 **Sepsa – wyzwanie dla pielęgniarstwa XXI wieku**  
Joanna Zielewska
- 21 **Podziękowania**
- 22 **Cechy dorosłych dzieci alkoholików**  
Wiktor Sapiejka
- 24 **Moje wspomnienia z pracy w łódzkiej onkologii**  
Maria Dziordzińska
- Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna:**
- 26 **Muzykoterapia w opiece paliatywnej**  
Marika Pryczek
- 28 **Z żałobnej karty**

**Wydawca:** Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

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

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

**Redaktor Naczelna:** mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.

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

**ISSN:** 1640-7679

**Skład:** OIPIP – Agnieszka Wypych

**Nakład:** 3700 egzemplarzy

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

# Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia ORPiP w dniu 9 lutego 2010 roku

> Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 2 pielęgniarki i 1 położną.

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

> Wymieniono prawo wykonywania zawodu 1 pielęgniarki i 1 położnej.

> Skreślono z listy członków OIPiP w Łodzi 4 pielęgniarki.

> Podjęto 1 uchwałę uchylającą uchwałę w sprawie wydania duplikatu prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.

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

> Przyjęto złożoną przez panią Halinę Łuczak-Skowrońską rezygnację z funkcji Skarbnika Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

> Przyjęto sprawozdanie Dyrektora Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi za I semestr roku szkolnego 2009/2010.

> Zatwierdzono skład osobowy do realizacji projektu „Postaw na swoim – przedsiębiorczość, samozatrudnienie pielęgniarek i położnych w województwie łódzkim”.

> Zatwierdzono plan i koszty szkoleń i kursów organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

> Przyznano dofinansowania w: kursach kwalifikacyjnych – 15 osobom, kursie specjalistycznym – 2 osobom, konferencji – 3 osobom.

> Rozpatrzono pozytywnie dwa odwołania od decyzji Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przyznając dofinansowanie.

> Przyznano 1 nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich na wydziale pielęgniarstwa/położnictwa z oceną bardzo dobry w dyplomie.

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

Anna Manes – Sekretarz ORPiP



Kierunek Pielęgniarstwo AHE w Łodzi zaprasza na VII Ogólnopolską Konferencję Naukowo-Szkoleniową

## **„Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce. Kobieta podmiotem działań zespołu interdyscyplinarnego”**

Konferencja odbędzie się w dniu 7 maja 2010 roku w gmachu Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi przy ul. Rewolucji 1905 roku nr 52.

Program ramowy: 1. Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. 2. Współczesny model opieki nad kobietą w okresie od pokwitania do porodu. 3. Holistyczna opieka nad kobietą od pokwitania do sędziectwa.

Formularze uczestnictwa czynnego i biernego dostępne są na stronie internetowej [www.pielęgniarstwo.ahe.lodz.pl](http://www.pielęgniarstwo.ahe.lodz.pl)  
Termin nadsyłania zgłoszeń uczestnictwa biernego upływa 15 kwietnia 2010 roku. Formularze zgłoszeniowe prosimy przesyłać:

• e-mailem na adres: [malgorzataw@ahelodz.pl](mailto:malgorzataw@ahelodz.pl) lub [jszukalska@ahelodz.pl](mailto:jszukalska@ahelodz.pl)

• faksem pod numer 042 29 95 674

• lub pocztą na adres: Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, 90-222 Łódź, ul. Rewolucji 1905 roku nr 64 z dopiskiem „Konferencja – Pielęgniarstwo”

Koszt uczestnictwa w konferencji wynosi 60 zł (w tym obiad, serwis kawowy, materiały konferencyjne). Wniesienie opłaty do 20 kwietnia 2010 rokiem jest warunkiem uczestnictwa w konferencji. Prosimy w tytule przelewu wpisać „Konferencja – Pielęgniarstwo” oraz imię i nazwisko uczestnika. Faktury VAT wystawiane są tylko na osoby/instytucje dokonujące wpłaty.

Nr konta: BZ WBK SA II O/Łódź 25 1090 1304 0000 0001 0104 4736

Prace prezentowane podczas konferencji po uzyskaniu pozytywnej recenzji zostaną wydane w formie monografii.

Więcej informacji na stronie [www.pielęgniarstwo.ahe.lodz.pl](http://www.pielęgniarstwo.ahe.lodz.pl)



Serdecznie zapraszamy do wzięcia udziału w konferencji współorganizowanej przez Koło Naukowe i Zarząd Oddziału PTP oraz Pododdział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Pediatrycznej Zakładu Anestezjologii i Intensywnej Terapii Medycznej Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki pt.

### **„Pielęgniarki liderkami w opiece długoterminowej dzieci i dorosłych”**

która odbędzie się w dniu 14 czerwca 2010 roku w godzinach 9.00 - 14.00 w autli A Instytutu Centrum Zdrowia Matki Polki przy ul. Rzgowskiej 281/289 w Łodzi.

Zgłoszenia prosimy kierować na adres e-mail: knauk.ptplodz@gmail.com lub telefonicznie 503 898 385, 724 135 589 do dnia 20 maja 2010 roku.

Każdy uczestnik otrzyma certyfikat udziału w konferencji.



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

### **„Jak przetrwać problemy z karmieniem piersią”**

#### **„Etiopatogeneza oraz zasady pielęgnacji suchej skóry u niemowląt i dzieci”**

Warsztaty odbędą się w dniu 20 maja 2010 roku na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17, w godzinach 11.00 – 13.30 (II piętro-duża sala).

Zgłoszenia (na drukach opracowanych przez Izbę) należy dostarczyć do Biura w godzinach pracy (o udziale decyduje kolejność zgłoszeń).

Wszystkie uczestniczki otrzymają: certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu, skrypty tematyczne, interesujące materiały promocyjne. W przerwie pomiędzy wykładami zapraszamy na poczęstunek.

\* \* \*

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych zaprasza położne i pielęgniarki rodzinne oraz położne i pielęgniarki zainteresowane niniejszą tematyką na I edycję kursu doskonalącego w zakresie

### **„Opieki nad noworodkiem i niemowlęciem z problemami zdrowotnymi”**

który odbędzie się w dniach 16 – 17 czerwca 2010 roku w godzinach 9.30 – 13.45 na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowskiej 17– II piętro, sala wykładowa.

Patronat merytoryczny kursu: dr hab. n. med. Ewy Gulczyńskiej – kierownika Kliniki Neonatologii Instytutu CZMP, konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii.

Zgłoszenia w oryginale (na drukach opracowanych przez Izbę na szkolenia) należy dostarczyć do Biura Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, ul. Piotrkowska 17, w godzinach pracy biura.

Uczestnicy otrzymają certyfikaty. Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc decyduje kolejność zgłoszeń.

# „Czy i jak ustalać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych?”

W dniach 23 – 24 lutego 2010 roku odbyła się w Warszawie konferencja szkoleniowa zorganizowana przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych przy współpracy z Departamentem Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia nt.: „Czy i jak ustalać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych?”

Konferencję otworzyli Pani E. Buczkowska – Prezes NIPiP i Pan M. Haber – Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia. Pani Prezes powitała zaproszonych gości oraz uczestników spotkania. Wprowadzając w tematykę konferencji podkreśliła, jak ważne jest przestrzeganie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, które stanowią strategiczny kapitał ludzki we wszystkich zakresach ochrony zdrowia. Zwróciła uwagę na to, że zasoby tegoż kapitału maleją a opieka jest jednym z najważniejszych elementów systemu.

Program konferencji podzielony został na cztery sesje tematyczne:

Sesja I: „Czy należy ustalać normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych?”.

Sesja II: „Jak w praktyce ustalamy normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych?”.

Sesja III: „Czy normowanie obsad wpływa na jakość opieki pielęgniarskiej?”.

Sesja IV: „Czy i kto ponosi odpowiedzialność za realizowane świadczenia zdrowotne na rzecz pacjentów?”.

Liczne wystąpienia wypełniły czas ww. sesji i poruszały w sposób wyczerpujący wieloraką tematykę związaną z problemami norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Omawiano dotychczasową metodykę ustalania minimalnych norm zatrudnienia w polskim pielęgniarstwie w oparciu o obowiązujące do dziś rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 roku w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej. Dzielono się doświadczeniami i uwagami, wysuwano liczne wnioski oraz wady

(ich było więcej) i zalety ww. rozporządzenia. Uczestnicy konferencji mogli również zapoznać się z metodami ustalania norm zatrudnienia w innych krajach, ponieważ wzorce światowe a szczególnie europejskie mogą być impulsem w naszych pracach nad planowaniem obsad.

Szczególnym zainteresowaniem uczestników konferencji cieszyły się te wystąpienia, które przedstawiały praktyczne metody określania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w sposób inny niż w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Jednym z nich było wystąpienie Pani Zofii Małas – przewodniczącej ORPiP w Kielcach – na temat ustalania norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w szpitalach wg systemu belgijskiego. Obsady w tym systemie planowane są na podstawie niżej przedstawionego wzoru:

$0,66 \text{ etatu piel. przypadającego na } 1 \text{ łóżko} \times \% \text{ wskaźnik wykorzystania łóżka} \times \text{ilość łóżek danego oddziału}$

np. dla 40 łóżkowego oddziału przy 100% obłożeniu łóżka:

$0,66 \times 100\% \times 40 = 26,4 \text{ etatu}$ , następnie wylicza się ogólną miesięczną liczbę dyżurów 12-godzinnych dla powyższych etatów:

$26,4 \text{ etaty} \times 13 \text{ dyżurów (średnio w m-cu } 12 \text{ godz.)}$   
w miesiącu = 343,2 dyżurów

$343,2: 60 \text{ dyżurów (} 12 \text{ godz.)}$  w miesiącu = 5,72 pielęgniarki na dyżur

np. dla 40 łóżkowego oddziału przy 80% obłożeniu łóżka = 21,12 etatów = 4,57 pielęgniarki na dyżur.

Zaletą tego systemu ustalania norm zatrudnienia jest:  
– logiczna, nieskomplikowana oraz szybka do wykonania metodologia,

- dobrze sprawdza się w oddziałach powyżej 20 łóżek. Wady tej metody to:
- nie uwzględnia etatów kadry kierowniczej,
- nie uwzględnia etatów kadry specjalistycznej,
- nie ma zastosowania w oddziałach pediatrycznych, psychiatrycznych, onkologicznych, salach porodowych.
- nie ma zastosowania poniżej 20 łóżek i tam gdzie obłożenie jest poniżej 50 procent.

Kolejne wystąpienie, które zainteresowało uczestników konferencji dotyczyło planowania stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych na podstawie metody opracowanej przez zespół pielęgniarek i położnych SP ZOZ w Głownie. Przedstawiła je Pani Anna Pakulska – przełożona pielęgniarek SP ZOZ w Głownie, członek naszej Izby. Poniżej możecie Państwo zapoznać się z tą metodą w artykule Pani Anny Pakulskiej pt.: „Planowanie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych (na podstawie metody opracowanej przez zespół pielęgniarek i położnych zatrudnionych w SPZOZ w Głownie i aktualizowanej przez NZOZ „Centrum Medyczne WSInf” w Głownie).

Zainteresowanie wzbudziło również wystąpienie Pani Barbary Dobrowolskiej (Prezes Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Instrumentariuszek) którego tematem było „Niezbędne kryteria przy planowaniu obsady pielęgniarek operacyjnych w blokach operacyjnych”.

Tutaj zwrócono uwagę na problemy współczesnego pielęgniarstwa operacyjnego, którymi są:

1. Brak norm zatrudnienia pielęgniarek operacyjnych.
2. Brak standardów postępowania oraz procedur medycznych w formie Rozporządzenia MZ.
3. Brak zajęć teoretycznych i teoretycznych z pielęgniarstwa operacyjnego na studiach.
4. Brak konsultanta w tej dziedzinie.
5. Zbyt mało szkoleń pielęgniarstwa operacyjnego.

Konkluzją tego wystąpienia było ustalenie kryteriów przy planowaniu obsad pielęgniarstwa na bloku operacyjnym w szczególności:

1. Konieczność obsady dwóch pielęgniarek do jednego zabiegu (instrumentariuszka + pielęgniarka pomagająca).
2. Liczba stołów operacyjnych.
3. Liczba wykonanych zabiegów operacyjnych.
4. Obciążenie pracą w czasie zmiany rannej i na dyżurze.
5. Zakres wykonania zadań podstawowych i dodatkowych.
6. Udzielanie urlopów.
7. Wypracowywanie godzin pracy wynikających z harmonogramu.

Wystąpienie Pani Teresy Gwizdak (Dyrektor Departamentu Ochrony Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego w Rzeszowie) dotyczyło ustalania obsad w oddziale położniczo-noworodkowym oraz sali porodowej biorąc pod uwagę indywidualizację i kompleksowość opieki nad matką i dzie-

ciem. Ustalając obsadę w sali porodowej kryterium opieki powinno uwzględniać średnie normy czasu czynności bezpośrednich i pośrednich w poszczególnych okresach porodu.

„Normy zatrudnienia pielęgniarek” a wyniki zdrowotne społeczeństwa to temat wykładu Pani Marii Smalec (konsultant wojewódzki w dziedzinie pielęgniarstwa dla województwa zachodniopomorskiego). Istnieje związek między liczbą wysoko wykwalifikowanych pielęgniarek przypadających na jednego pacjenta a liczbą zakażeń dróg moczowych, infekcji dróg oddechowych. Im większa liczba godzin udzielanych świadczeń tym mniejsza śmiertelność. Każdy spadek zatrudnienia np. o jedną pielęgniarkę w oddziale chirurgii powoduje wzrost ryzyka śmierci o 7 procent. Dowiedziono również iż jedna godzina więcej świadczonej opieki przyczynia się do spadku ilości zachorowań na zapalenie płuc o 8,9 procent.

Również wykład „Standardy akredytacyjne a jakość opieki nad pacjentami” Pani Haliny Kutaj-Wąsikowskiej (Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w Krakowie) potwierdził fakt, iż niski poziom zatrudnienia równa się wyższy wskaźnik zdarzeń niepożądanych. Zdarzenia niepożądane to szkoda wywołana w efekcie leczenia nie związana z naturalnym przebiegiem choroby, stanem zdrowia pacjenta lub ryzyko jej wystąpienia.

Przyczyny zdarzeń niepożądanych to m.in: zbyt duże obciążenie pracą (83% proc.) brak motywacji, rutyna, chroniczne zmęczenie, przestarzałe niekompletne procedury opieki, brak wsparcia, brak edukacji, zaburzenia w przepływie informacji, zbyt duże zaufanie do sprzętu, jego brak lub niedostosowanie.

Dodatkowe czynności np.: znoszenie badań do laboratorium, łączenie funkcji w ramach jednego etatu wpływają na obniżenie jakości opieki i wzrost liczby zdarzeń niepożądanych (każdy szpital jest doskonale przygotowany by uzyskiwać efekty leczenia jakie uzyskuje).

Przyczyny występowania zdarzeń niepożądanych ze strony personelu stanowią 80 proc., ze strony pacjenta 20 proc. np.: niedostosowanie się do zaleceń. Natomiast uwarunkowania zewnętrzne to 10 proc.

Kolejny wykład przedstawiony przez Jadwigę Smogorzewską – pielęgniarkę naczelną Wojskowego Instytutu Medycznego – i Aleksandrę Wojtak – pielęgniarkę ds. kształcenia personelu pielęgniarstwa tamże – pt. „System pracy zespołowej” dotyczył zarządzania w pielęgniarstwie. Opis tej innowacyjnej metody znajdziecie Państwo w „Magazynie Pielęgniarki i Położnej” nr 1 – 2 styczeń – luty 2010.

Organizatorzy konferencji zapewнили uczestników, że wszystkie propozycje i uwagi, jakie pojawiały się podczas poszczególnych wystąpień zostaną przeanalizowane i uwzględnione w pracach Zespołu ds. Opracowania Norm Zatrudnienia w Departamencie Pielęgniarek i Położnych Ministerstwa Zdrowia.

# Planowanie stanu zatrudnienia pielęgniarek i położnych

(na podstawie metody opracowanej przez zespół pielęgniarek i położnych zatrudnionych w SPZOZ w Głownie i aktualizowanej przez NZOZ „CENTRUM MEDYCZNE WSInf” w Głownie)

Sposób ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach ochrony zdrowia określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 roku (Dziennik Ustaw z 1999 roku Nr 111 poz. 1314).

Zarządzeniem dyrektora SPZOZ w Głownie z 23.02.2000 roku powołano komisję, która w myśl Rozporządzenia miała za zadanie ustalić i opracować minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. W skład komisji zarządzeniem dyrektora weszły:

- przewodnicząca: przełożona pielęgniarek,
- zastępca przewodniczącej: dyrektor ds. leczenia,
- członkowie: pielęgniarki oddziałowe ze wszystkich oddziałów szpitalnych.

Dyrektor SPZOZ w Głownie zobowiązał komisję, aby swoje zadania wykonała w okresie trzech miesięcy i wyniki swojej pracy przedstawiła na piśmie przełożonej pielęgniarki i położnych szpitala.

Przełożona pielęgniarek i położnych na podstawie sprawozdania Komisji miała za zadanie opracować projekt minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych zakładu i przedstawić go dyrektorowi zakładu w terminie do 10 czerwca 2000 roku.

Praca powołanej komisji trwała dłużej, niż zakładał dyrektor. Nie można było bowiem w tak krótkim czasie (trzy miesiące) ustalić i opracować minimalnych norm zatrudnienia. Praca komisji była trudna i przebiegała w kilku etapach.

## Etapy pracy komisji

Jednym z etapów pracy komisji było tworzenie katalogu wszystkich świadczeń wykonywanych w poszczególnych oddziałach szpitalnych. W opracowanym katalogu, świadczenia pogrupowane były na czynności:

- bezpośrednio (związane bezpośrednio z pracą przy pacjencie, dla pacjenta),
- pośrednio (obowiązki administracyjne, prowadzenie dokumentacji, transport, itp.).

Został również wyliczony średni czas poszczególnych czynności na podstawie 30 pojedynczych czasów tej samej czynności. Na każdą czynność wykonywaną przy pacjentach założono kartę, w której pielęgniarki/położne pra-

cujące w oddziale wykonywały tę czynność i odnotowywały czas ich wykonania. Z tych trzydziestu pomiarów policzono następnie średni czas każdej czynności.

Następnie opracowaliśmy indywidualną dobową kartę świadczeń pielęgniarskich, w której odnotowywane były wszystkie świadczenia realizowane na rzecz każdego pacjenta.

Przygotowaliśmy również kartę świadczeń pośrednich.

W tym czasie komisja spotykała się wielokrotnie porównując i analizując zgromadzony/przygotowany materiał przez oddziały szpitalne.

Następnym etapem było wdrożenie do stosowania przygotowanych kart i prowadzenie liczenia w poszczególnych oddziałach. Ten etap trwał trzy miesiące.

Po tym okresie cała zebrana dokumentacja została opracowana i wyliczona zgodnie ze wzorem z rozporządzenia. Opracowane i wyliczone minimalne normy zatrudnienia przedstawiłam dyrektorowi zakładu.

Analizując cały proces liczenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych doszliśmy do wniosku, że mimo naszych starań nie oddaje on stanu faktycznego.

Według kadry kierowniczej naszego zakładu prace przy prowadzeniu liczenia powinny trwać minimum 6 miesięcy. Wówczas dałoby rzetelny obraz funkcjonowania zakładu np. podczas większej absencji spowodowanej urlopami.

Był to dla nas okres szczególnie trudny, gdyż zetknęliśmy się w trakcie naszej pracy z oporem pracowników i niechęcią do współpracy.

Sama pielęgniarska kadra zarządzająca personelem nie była w stanie przecież przeprowadzić tego procesu. W pracę musiał być zaangażowany cały zespół pielęgniarek i położnych.

Metoda ta była również bardzo czasochłonna i kosztowna.

Wiedzieliśmy również, że w myśl rozporządzenia ustalone normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładzie będą podlegały stałej kontroli kierownika zakładu i muszą być aktualizowane.

Od 2001 roku na początku każdego roku kalendarzowego przedstawiamy dyrektorowi analizę stanu zatrudnie-

nia pielęgniarek i położnych w oparciu o realne zapotrzebowanie wynikające z potrzeb każdego oddziału. Biorąc pod uwagę:

- obowiązek zapewnienia właściwego poziomu świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakład,
- bezpieczeństwo hospitalizowanych pacjentów,
- bezpieczeństwo pracowników, alizowane przez pielęgniarki i położne, należy uwzględnić w planowaniu obsady taką liczbę personelu, aby zadania wynikające z procesu pielęgnowania mogły być realizowane ze szczególną troską, starannością i na jak najwyższym poziomie.

W planowaniu obsady pielęgniarskiej i położniczej w naszym szpitalu uwzględniamy:

- warunki szczegółowe kontraktowania świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia,

- strukturę organizacyjną w poszczególnych oddziałach/ działach szpitala: intensywność pracy, profil komórki organizacyjnej, warunki lokalowe, współpraca z innymi pracownikami diagnostycznymi, wyposażenie w sprzęt, aparaturę medyczną, liczbę i średnie wykorzystanie łóżek, średni czas hospitalizacji,

- podnoszenie kwalifikacji pielęgniarek i położnych,
- absencję, która jest naturalnym zjawiskiem (urlopy wypoczynkowe, okolicznościowe, szkolenia, kursy i zwolnienia lekarskie)

Nasze rozwiązanie:

Nie liczymy już tak jak w 2000 roku, czyli zgodnie ze wzorem umieszczonym w cytowanym na wstępie rozporządzeniu. Przedstawiamy dyrektorowi realne zapotrzebowanie na kadrę pielęgniarską według opracowanego wzoru.

## WZÓR NA OBSADĘ OSOBOWĄ W ODDZIALE SZPITALNYM

I SPOSÓB (bardzo prosty w liczeniu):

$$\frac{\text{NIDK} \times \text{CTZ} \times \text{OD}}{\text{N} \times \text{NIDR}} + \text{R}$$

NIDK – największa ilość dni kalendarzowych w miesiącu = 31

CTZ – ilość godzin trwania zmiany dyżurowej (8 lub 12)

OD – ilość osób, jaka powinna być na dyżurze, aby zabezpieczyć oddział

N – dzienna norma godzinowa zatrudnienia 1 pracownika = 8

NIDR – najmniejsza ilość dni roboczych w miesiącu = 19

R – ilość osób w rezerwie na wypadek absencji (min. 1 przy zatrudnieniu poniżej 12 pracowników)

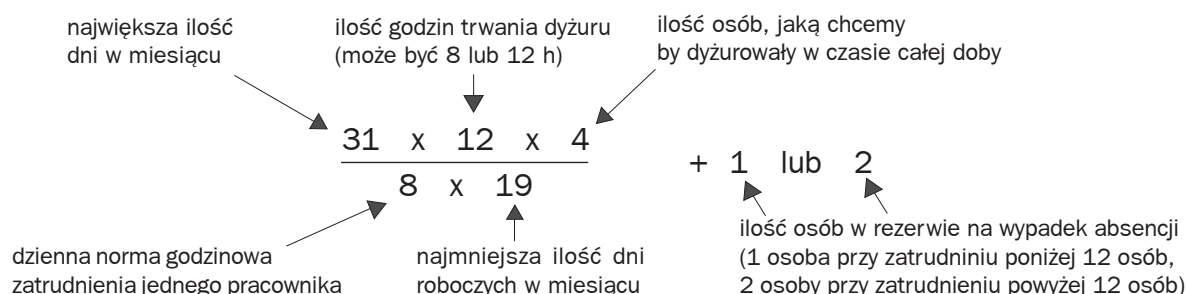
a) przy założeniu, że na dyżurze dziennym i nocnym pracują po 2 pielęgniarki/położne

$$\frac{31 \times 12 \times 4}{8 \times 19} + 2 = \frac{1488}{152} + 2 \approx 10 + 2 = \mathbf{12 \text{ etatów}}$$

b) przy założeniu, że na dyżurze dziennym pracują 3 pielęgniarki/położne, na dyżurze nocnym pracują 2 pielęgniarki/położne

$$\frac{31 \times 12 \times 5}{8 \times 19} + 2 = \frac{1860}{152} + 2 \approx 10 + 2 = 12,23 + 2 \approx 13 + 2 = \mathbf{15 \text{ etatów}}$$

a)



## Uwaga

W przedstawionym wzorze uwzględniono tylko pielęgniarki/położne pracujące w systemie pracy zmianowej. W liczeniu nie uwzględniono pielęgniarki/położnej oddziałowej, pielęgniarki opatrunkowej. Należy zatem do wyliczonych etatów doliczyć ilość osób, jaka pracuje na dyżurze rannym. Przy założeniu, że w czasie doby chcemy, aby w systemie pracy zmianowej pracowały 4 pielęgniarki/położne (2 na dyżurze dziennym i 2 na dyżurze nocnym), pielęgniarka/położna opatrunkowa i pielęgniarka oddziałowa, wyliczenie przedstawia się następująco:

$$\frac{31 \times 12 \times 4}{8 \times 19} + 2 = \frac{1488}{152} + 2 \approx 10 + 2 = 12 + 1 + 1 = 14 \text{ etatów}$$

pielęgniarka oddziałowa  
↓  
pielęgniarka opatrunkowa  
↑

## II SPOSÓB:

Policzę na przykładzie oddziału chirurgicznego

Dzień – 2 pielęgniarki → 2 x 12 h = 24 h                      30 dni pracy ciągłej całodobowej

Noc – 2 pielęgniarki → 2 x 12 h = 24 h                      30 x 48 h → 1440 h/miesiąc  
48 h

Rano – 1 pielęgniarka oddziałowa + 1 pielęgniarka opatrunkowa

8 h                      +                      8 h  
16 h x 22 dni robocze = 352 h/miesiąc

1440 h + 352 h = 1792 h – zapotrzebowanie miesięczne

1792: 12 ≈ 149 dyżurów w miesiącu

149 dyżurów/m-c x 12 m-cy = 1788 dyżurów/rok

1792 h x 12 m-cy = 21504 h/rok

1788 dyżurów: 170 h (przybliżona miesięczna norma zatrudnienia) = 10,52 ≈ 11 etatów

11 etatów x 0,14 = 11 + 1,54 = 12,54 ≈ 13 etatów

↑  
współczynnik bezpieczeństwa kadrowego

## Współczynnik bezpieczeństwa kadrowego

Policzyłam średnią absencję w moim zakładzie w grupie pielęgniarek i położnych – dni okolicznościowe, urlop, szkolenia we wszystkich oddziałach i wyniosła ona około 38 dni/rok/ jednego pracownika.

### Elementy absencji:

2 dni (dni dla matki z dzieckiem, dni okolicznościowe)

26 dni (urlop wypoczynkowy)

10 dni (wyliczona średnia ze zwolnień lekarskich, szkoleń/osobę)

Ogółem 38 dni/rok/1 pracownika

– 38 dni x 8 h = 304 h/rok

– 304 h: 12 m-cy = 25,3 ≈ 25 h/m-c/1 pracownika

– 25: 170 = 0,14 – 0,15 wyliczony współczynnik bezpieczeństwa kadrowego

Z I i II sposobu liczenia wychodzą takie same wyniki, I sposób jest zdecydowanie prostszy w liczeniu, dlatego w naszym szpitalu korzystamy z niego.

Po przeanalizowaniu i wyliczeniu zapotrzebowania na kadrę pielęgniarską w każdym oddziale przedstawiam dyrektorowi zakładu przygotowaną analizę zatrudnienia. Do pisma przewodniego dołączam w postaci tabeli zapotrzebowanie na kadrę wyliczone z przedstawionego wzoru. Przykład:

Oddział		Liczba aktualnie zatrudnionych pielęgniarek	Zapotrzebowanie	Różnica	Akceptacja pielęgniarki/położnej oddziałowej (podpis)	Uwagi
Chirurgia	Oddział	12	16	2		
	Sala opatrunkowa	1	1	-		



Jeśli są ważne informacje, które mają wpływ na zatrudnienie w danym oddziale to zamieszczam je w uwagach. Zaznaczam np., że pielęgniarka przebywa na długim zwolnieniu lekarskim, oddelegowana jest na szkolenie lub zatrudniona w niepełnym wymiarze czasu pracy. Po wydrukowaniu tabeli każda pielęgniarka oddziałowa swoim podpisem akceptuje analizę zatrudnienia na dany rok kalendarzowy.

### Podsumowanie

Na początku każdego roku kalendarzowego (w miesiącu styczniu) wspólnie z pielęgniarką oddziałową opracujemy w oparciu o aktualne potrzeby obsadę w każdym oddziale szpitalnym posługując się prezentowanym sposobem liczenia.

Wychodząc z założenia, że pielęgniarka oddziałowa, jako bezpośredni przełożony personelu pielęgniarskiego w każdym oddziale najlepiej zna specyfikę, organizację pracy w swoim oddziale, wyposażenie w sprzęt, zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską na podstawie minionego roku-

potrafi najlepiej oszacować zapotrzebowanie na kadre pielęgniarską w oddziale.

Przedstawiona analiza zatrudnienia oparta jest na metodzie intuicyjnej, ale trudno byłoby nam ponownie wejść w trudny i uciążliwy proces liczenia norm zatrudnienia w poszczególnych oddziałach szpitalnych ze względu na długi czas liczenia, koszt i konieczność zaangażowania w proces całego personelu.

Anna Pakulska

Przełożona Pielęgniarek w SPZOZ w Głownie

ogłoszenie płatne



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

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE  
PRZEZ TELEFON  
042 630 95 59

LUB PRZEZ INTERNET  
www.erudio.com.pl

### ZAPRASZAMY NA KURSY



#### KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

#### KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

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

#### SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

#### SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

#### SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Opieka nad pacjentem ze stomią jelitową • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Profilaktyka chorób piersi • 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 OIPIP w Łodzi, w sprawie zasad finansowania udziału członków samorządu w różnych formach kształcenia podyplomowego, można ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach

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

PLATNOŚĆ W DOGODNYCH RATACH MIESIĘCZNYCH

ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA

**www.erudio.com.pl**



**KAPITAŁ LUDZKI**  
CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA!



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

# POSTAWILI NA SWOIM własny biznes w zasięgu ręki!

Zakwalifikowani do udziału uczestnicy projektu „Postaw na swoim – przedsiębiorczość, samozatrudnienie pielęgniarek i położnych w woj. łódzkim” zakończyli pierwszy etap wyścigu po 40 000 PLN, które będą mogli przeznaczyć na sfinansowanie utworzenia własnej firmy.

Dwanaście pań oraz dwóch panów uczestniczyło w intensywnym kursie przygotowującym do stworzenia biznes planu będącego podstawą uzyskania dotacji w wysokości do 40 000 PLN dodatkowo wsparcia pomostowego w postaci finansowej oraz doradczej.

Podczas szkolenia uczestnicy spotykali się z ekspertami z obszarów prawa, marketingu, promocji oraz z praktykami i przedstawicielami sektora ochrony zdrowia. Wszystko po to, by jak najlepiej przygotować się do założenia firmy. Uczestnicy szkolenia mogli również korzystać z indywidualnego doradztwa dopasowanego do ich oczekiwań i specyfiki biznesu, który planują prowadzić.

Już w 10 marca okazało się, czyje pomysły na biznes uzyskały akceptację Komisji Weryfikującej w skład, której wchodziły praktycy, wykładowca akademicki – ekspert, psycholog/doradca zawodowy i które z nich zostały rekomendowane do dofinansowania. Z czternastu osób, które wzięły udział w szkoleniu wybranych zostało dziesięć które otrzymają dotację. Weryfikacja nastąpiła na podstawie biznes planów i oceny czyje firmy rokują najlepiej czy to ze względu na profil czy na predyspozycje przyszłego przedsiębiorcy itd.

Wszystkim uczestnikom dziękujemy za wysiłek włożony w udział w szkoleniach. Liczymy, że wiedza którą udało się przekazać w toku prowadzonych zajęć będzie przydatna nawet w przypadku nie uzyskania dotacji w ramach projektu „Postaw na swoim...”. Jednocześnie zachęcamy do śledzenia postępów uczestników, którzy firmy założą. Będą to tak zwane dobre praktyki, dzięki którym będziemy uczyć się, jak działać w sektorze ochrony zdrowia w woj. łódzkim.

Koordinator projektu



**Tytuł projektu:** „Postaw na swoim - przedsiębiorczość, samozatrudnienie pielęgniarek i położnych w woj. łódzkim”

**Realizator projektu:**  
**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**  
90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17  
tel. (42) 633 69 63; 633 71 06; fax (42) 633 68 74  
strona internetowa: <http://www.oipp.lodz.pl>  
e-mail: [biuro@oipp.lodz.pl](mailto:biuro@oipp.lodz.pl)



**KAPITAŁ LUDZKI**  
CZŁOWIEK – NAJLEPSZA INWESTYCJA!



**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego

## Rekrutacja



## Szkolenie



## Rozdanie certyfikatów



**Tytuł projektu:** „Postaw na swoim - przedsiębiorczość, samozatrudnienie pielęgniarek i położnych w woj. łódzkim”

**Realizator projektu:**  
**Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi**  
90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17  
tel. (42) 633 69 63; 633 71 06; fax (42) 633 68 74  
strona internetowa: <http://www.oipp.lodz.pl>  
e-mail: [biuro@oipp.lodz.pl](mailto:biuro@oipp.lodz.pl)



Witam serdecznie,  
 Jak co miesiąc zapraszam Państwa do lektury dwóch artykułów. Pierwszy z nich, autorstwa mgra Zbigniewa Cybulskiego, stanowi kontynuację publikacji o odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych. W tym miesiącu możecie Państwo zapoznać się z rolą, jaką w naszym środowisku pełni sąd oraz Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej – jaki zakres działania i uprawnienia mają poszczególne organy oraz w jaki sposób regulowana jest ich praca. Z tej samej publikacji dowiedzie się Państwo także w jaki sposób rozpatrywane są poszczególne sprawy, jakie kary grożą za konkretne przewinienia oraz jakie konsekwencje pociągają za sobą dane kary.

Drugi artykuł tradycyjnie napisany jest przez psychologa – mgr Mariannę Król i równie tradycyjnie stanowi on swoiste zaproszenie do sfery refleksji nad stanem naszego środowiska. Na tym jednak kończy się tradycja, ponieważ w publikacji tej zawarta jest propozycja konkretnych zmian...  
 Ponownie zachęcając do lektury, życzę Państwu pogodnych i radosnych Świąt Wielkanocnych,

Irena Król  
 Okęgowy Rzecznik  
 Odpowiedzialności  
 Zawodowej

mgr ZBIGNIEW CYBULSKI

# Odpowiedzialność pielęgniarek i położ

## Podstawy odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych

Zasady funkcjonowania sądu pielęgniarek i położnych określone zostały w ustawie z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 1991 nr 41, poz. 178 z późn. zm.) oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 19 stycznia 1993 roku w sprawie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych (Dz.U. z 1993 r., nr 9 poz. 45).

Istotną cechą funkcjonowania samorządów zawodowych, w tym również samorządu pielęgniarek i położnych jest to, iż ich członkowie podlegają odpowiedzialności zawodowej przed Sądami korporacyjnymi. Pielęgniarki i położne mogą odpowiadać przed sądem korporacyjnym za swe czyny sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz za zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej.

Ustawa nie precyzuje szczegółowo jakiego rodzaju czyny są sprzeczne z zasadami etyki zawodowej pozostawiając każdorazowo ich ocenę werdyktowi właściwego sądu zawodowego. Odpowiedzialność przed sądami korporacyjnymi jest nieodłączną cechą funkcjonowania zawodów zaufania publicznego. Oznacza to, iż pielęgniarki i położne mogą podlegać odpowiedzialności przed sądami zawodowymi zarówno za zawinione spowodowanie

uszczerbku na zdrowiu pacjenta czyli przykładowo w przypadkach podania niewłaściwego leku, zastosowaniu błędnej terapii, nie zachowaniu właściwych warunków sanitarnych udzielanych świadczeń czy nieprzestrzeganiu praw pacjentów, jak również za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki zawodowej.

Przy ocenie zachowania pielęgniarki lub położnej podlegającej odpowiedzialności Sąd zawodowy musi brać pod uwagę wszelkie okoliczności sprawy, również to jaki wpływ na jej postępowanie miały czynniki zewnętrzne, czy przykładowo w sprawie pielęgniarki, która zaniedbała opiekę nad pacjentem, nie doszło do naruszenia w zakładzie minimalnych norm zatrudnienia personelu pielęgniarskiego, co mogło skutkować brakiem możliwości objęcia opieką wszystkich pacjentów przez daną pielęgniarkę, czy pracodawca nie stosował częstych przesunięć pielęgniarek z jednego oddziału na drugi bez zachowania okresu adaptacyjnego, co przy zwiększającej się specjalizacji zawodu pielęgniarki mogło być przyczyną popełnienia błędów. Przy ocenie postępowania pielęgniarki zawsze musi być brany pod uwagę stopień jej winy oraz w jakim stopniu inne osoby przyczyniły się do negatywnych skutków tego zachowania.

Postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej o ten sam czyn toczy się niezależnie od postępowania karnego lub postępowania dyscyplinarnego wszczętego w jednostce organizacyjnej zatrudniającej pielę-

# zawodowa żnych

gniarkę. Może ono jednak być zawieszony do czasu ukończenia postępowania karnego. Możliwe więc są sytuacje, w których postępowanie przed sądem zawodowym będzie się toczyć równoległe z postępowaniem przed sądem karnym. Ten sam czyn pielęgniarki czy położnej może być przestępstwem w rozumieniu przepisów prawa karnego, stanowić podstawę roszczeń odszkodowawczych na drodze postępowania cywilnego jak i być przedmiotem odpowiedzialności przed sądem zawodowym.

Osobną kategorię spraw rozpatrywanych przez sądy zawodowe stanowią sprawy o czyny sprzeczne z kodeksem etyki zawodowej pielęgniarki i położnej. Zasady etyki zawodowej określają normy postępowania członków grupy zawodowej pielęgniarek i położnych zarówno wewnątrz samej korporacji, jak i w stosunku do osób z zewnątrz. Normy te zakładają wzajemny szacunek, poszanowanie godności oraz pomoc potrzebującym członkom korporacji. Kodeks zobowiązuje pielęgniarki i położne do dbania o godność zawodu.

Pielęgniarki mające większe doświadczenie zawodowe powinny przekazywać młodszym koleżankom i kolegom swoją wiedzę i umiejętności zawodowe. Pielęgniarka nie powinna dyskredytować postępowania innych współpracowników, zwłaszcza w obecności osób trzecich. Kodeks etyki zawodowej uznaje nieuczciwą konkurencję pomiędzy członkami samorządu za szczególnie naganną.

## Rzecznik odpowiedzialności zawodowej

Rzecznik odpowiedzialności zawodowej w sprawach o czyny sprzeczne z zasadami etyki zawodowej oraz o zawinione naruszenie przepisów dotyczących wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej prowadzi postępowanie wyjaśniające. Na etapie tego postępowania obowiązany jest badać i uwzględniać okoliczności przemawiające zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść pielęgniarki lub położnej, której dotyczy postępowanie. Rzecznik wszczyna postępowanie wyjaśniające, jeżeli uzyskał wiarygodną informację o przewinieniu z zakresu odpowiedzialności zawodowej.

Na całym etapie postępowania zarówno Rzecznik, jak i Sąd pielęgniarek i położnych czuwają, aby jego uczestnicy nie ponieśli szkody z powodu niezajomości przepisów prawa i w tym celu udzielają im niezbędnych informacji i wyjaśnień. Jeżeli materiał dowodowy istniejący w chwili wszczęcia postępowania lub zebrany w jego toku zawiera dostateczne podstawy do przedstawienia zarzutów pielęgniarki lub położnej, której dotyczy postępowanie, Rzecznik sporządza postanowienie o przedstawieniu zarzutów, ogłasza je niezwłocznie pielęgniarkę lub położną i przesłuchuje ją na okoliczność tych zarzutów.

W toku postępowania wyjaśniającego Rzecznik powinien dążyć do wszechstronnego wyjaśnienia sprawy. W tym celu może on przesłuchać pielęgniarkę lub położną, której dotyczy postępowanie, świadków, biegłych, jak również przeprowadzić inne dowody, należy zwrócić uwagę, iż odmowa złożenia wyjaśnień przez pielęgniarkę lub położną, której dotyczy postępowanie, nie wstrzymuje postępowania.

Istotne jest, iż Rzecznik zobowiązany jest umożliwić pielęgniarkę lub położną, której dotyczy postępowanie, złożenie wszystkich wyjaśnień, które uważa ona za istotne dla sprawy ma ona również prawo zgłaszać wszelkie wnioski dotyczące przesłuchania

świadków, powołania biegłych oraz przedstawienia innych dowodów.

Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego Rzecznik bądź wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego, jeżeli zebrany materiał nie daje podstaw do wniesienia wniosku o ukaranie, bądź jeżeli wynik postępowania wyjaśniającego potwierdza zasadność zarzutów stawianych pielęgniarkę lub położnej, składa właściwemu Sądowi pielęgniarek i położnych wnioski o ukaranie. O skierowaniu wniosku do właściwego sądu pielęgniarek i położnych Rzecznik zawiadamia pokrzywdzonego, obwinioną pielęgniarkę lub położną i właściwą okręgową radę pielęgniarek i położnych.

Postępowanie wyjaśniające prowadzone przez Rzecznika powinno być zakończone w ciągu trzech miesięcy od daty zawiadomienia o popełnieniu przewinienia zawodowego. W szczególności uzasadnionym przypadku Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej może przedłużyć okres postępowania wyjaśniającego na dalszy czas oznaczony, nie dłuższy niż 3 miesiące.

## Ustanowienie obrońcy

Pielęgniarka lub położna, której dotyczy postępowanie, może ustanowić obrońców w każdym stadium postępowania. Obrońcą nie może być członek sądu pielęgniarek i położnych oraz rzecznik odpowiedzialności zawodowej.

W przypadku gdy pielęgniarka lub położna, której dotyczy postępowanie, nie ma obrońcy z wyboru, sąd wyznacza jej obrońcę z urzędu, jeżeli:

- zachodzi wątpliwość co do poczytalności pielęgniarki lub położnej, której dotyczy postępowanie,
- postępowanie toczy się po śmierci pielęgniarki lub położnej, której dotyczy postępowanie.

Sąd na wniosek pielęgniarki lub położnej albo z urzędu może wyznaczyć jej obrońcę z urzędu także w innych uzasadnionych przypadkach. Obrońca jest obowiązany zachować

w tajemnicy wszystko, o czym się dowie w związku z wykonywaniem czynności obrońcy.

### **Sądy pielęgniarek i położnych**

Sądy zawodowe w normalnym toku instancji podobnie, jak sądownictwo powszechne, są dwuinstancyjne. Sprawy odpowiedzialności zawodowej pielęgniarek i położnych rozpatrują sądy okręgowe i Sąd Naczelny. Okręgowy sąd orzeka, co do zasady, jako pierwsza instancja, natomiast Naczelny Sąd rozpatruje odwołania od orzeczeń okręgowych sądów. Pielęgniarka i położna, ukaranej przez Naczelny Sąd w drugiej instancji karą zawieszenia bądź karą pozbawienia prawa wykonywania zawodu przysługuje prawo wniesienia odwołania do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania obwinionego sądu apelacyjnego – sądu pracy i ubezpieczeń społecznych w terminie 14 dni od dnia doręczenia orzeczenia wraz z uzasadnieniem.

Członkowie sądów pielęgniarek i położnych w zakresie orzekania są niezawisli i podlegają tylko ustawom oraz obowiązującym zasadom etyki zawodowej. Na członków okręgowych sądów i Naczelnego Sądu mogą kandydować pielęgniarki i położne mające co najmniej 7-letni staż pracy w zawodzie.

Sąd pielęgniarek i położnych wszczyna postępowanie na wniosek Rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Po otrzymaniu wniosku o ukaranie przewodniczący sądu kieruje sprawę do rozpoznania na rozprawie i wydaje stosowne zarządzenia przygotowujące rozprawę, chyba że uzna, że zachodzą podstawy do umorzenia postępowania lub jego zawieszenia albo że należy uzupełnić postępowanie wyjaśniające. W innym razie przewodniczący zarządza rozprawę na którą wzywa obwinioną pielęgniarkę lub położną, o rozprawie zawiadamia również obrońcę o ile został ustanowiony oraz rzecznika, który na tym etapie postępowania pełni funkcję oskarżyciela. Członkowie sądów pielęgniarek

i położnych orzekają na podstawie swego przekonania opartego na swobodnej ocenie całokształtu dowodów zebranych w toku postępowania, uwzględniając okoliczności przemawiające zarówno na korzyść, jak i na niekorzyść obwinionej pielęgniarki lub położnej.

### **Kary i przedawnienie karalności**

Sąd pielęgniarek i położnych może orzec jedną z następujących kar:

- upomnienie,
- nagana,
- zakaz pełnienia funkcji kierowniczych w zakładach służby zdrowia na okres od 1 do 5 lat,
- zawieszenie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej na okres od 6 miesięcy do 3 lat,
- pozbawienie prawa wykonywania zawodu pielęgniarki lub położnej.

W sporządzonym przez Ministerstwo Zdrowia projekcie nowelizacji ustawy o samorządzie zawodowym pielęgniarek i położnych pojawia się propozycja rozszerzenia katalogu kar poprzez wprowadzenie kary pieniężnej, orzekanej w wysokości od 1000 zł do 10 000 zł z przeznaczeniem na cele związane z ochroną zdrowia.

Pielęgniarka lub położna, zawieszona w prawie wykonywania zawodu lub tymczasowo zawieszona w czynnościach zawodowych, nie może wykonywać praktyki zawodowej w żadnej formie. Oznacza to, iż nie może ona zarówno prowadzić praktyki pielęgniarskiej (indywidualnej, grupowej), jak i być zatrudniona (udzielać świadczeń na innej podstawie niż umowa o pracę) w zakładach opieki zdrowotnej lub innych podmiotach na stanowisku pielęgniarki.

Kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu pociąga za sobą skreślenie z listy członków okręgowej izby bez prawa ubiegania się o ponowny wpis. Taka konstrukcja przepisu wskazuje, iż kara pozbawienia prawa wykonywania zawodu w istocie skutkuje dożywotnim zakazem wykonywania zawodów pielęgniarki lub zawodu położnej. Należy również pamiętać, iż w razie pra-

womocnego ukarania karą zawieszenia bądź pozbawienia prawa wykonywania zawodu, stosunek pracy pielęgniarki lub położnej wygasa z mocy prawa. Wygaśnięcie to pociąga za sobą skutki, jakie przepisy prawa wiążą z rozwiązaniem umowy o pracę bez wypowiedzenia z winy pracownika. Wygaśnięcie następuje automatycznie i nie jest w tym zakresie wymagana jakakolwiek czynność pracodawcy.

Nie można wszcząć postępowania w sprawie odpowiedzialności zawodowej, jeżeli od chwili popełnienia czynu upłynęły trzy lata. Jeżeli czyn zawiera znamiona przestępstwa, przedawnienie w sprawie odpowiedzialności zawodowej nie następuje wcześniej niż przedawnienie karne. Bieg przedawnienia przerywa każda czynność rzecznika odpowiedzialności zawodowej. Karalność przewinienia ustaje, jeżeli od czasu jego popełnienia upłynęło 5 lat.

### **Rejestr ukaranych pielęgniarek i położnych**

Pielęgniarki i położne ukarane zostają wpisane do prowadzonego przez Naczelną Radę rejestru ukaranych pielęgniarek i położnych.

Usunięcie z rejestru ukaranych zapisu o ukaraniu następuje z urzędu po upływie:

- 1 roku od uprawomocnienia się orzeczenia o ukaraniu karą nagany lub upomnienia,
- 2 lat od zakończenia kary zakazu pełnienia funkcji kierowniczych w zakładach służby zdrowia,
- 3 lat od zakończenia kary zawieszenia prawa wykonywania zawodu.

Warunkiem wykreślenia jest, żeby we wskazanym powyżej okresie pielęgniarka lub położna nie została ukarana lub nie zostało przeciwko niej wszczęte postępowanie w sprawie odpowiedzialności zawodowej. Nie usuwa się z rejestru zapisu o karze pozbawienia prawa do wykonywania zawodu.

mgr Zbigniew Cybulski  
radca prawny

# WIOSENNE poszukiwania

mgr MARIANNA KRÓL

**O**d momentu kiedy mój artykuł pojawił się po raz pierwszy na łamach Biuletynu minął już ponad rok. Niektórzy z Państwa znają mnie mniej lub bardziej osobiście (z pewnością są i tacy czytelnicy, którzy znają mnie od dziecka). Jednocześnie jest też spora grupa osób, która poznała mnie lub nadal poznaje wyłącznie za pośrednictwem naszego biuletynowego kontaktu. Niezależnie od tego w jakim stopniu każdy z Państwa mnie zna, dopiero poprzez artykuły byłam w stanie przekazać Państwu moje spostrzeżenia, opinie, obawy związane z obecną i przyszłą sytuacją Państwa środowiska. Przez rok jednostronnie dzieliłam się z Państwem swoimi poglądami na to, co według mnie może doprowadzić do wewnętrznego wyniszczenia pielęgniarek i położnych jako zintegrowanej grupy, lub wręcz przeciwnie – doprowadzić do jej wzmocnienia i sukcesu. Mając możliwość ciągłej obserwacji Państwa otoczenia, z chęcią będę to czynić w dalszym ciągu. W moim przekonaniu jednak wyczerpaliśmy już potencjał tradycyjnego modelu relacji autor – czytelnik i oto nadszedł czas na zmiany... Zanim owe zmiany wprowadzimy, zapraszam Państwa na wspólne wiosenne poszukiwania...

## **W poszukiwaniu odpowiedzi na pytania...**

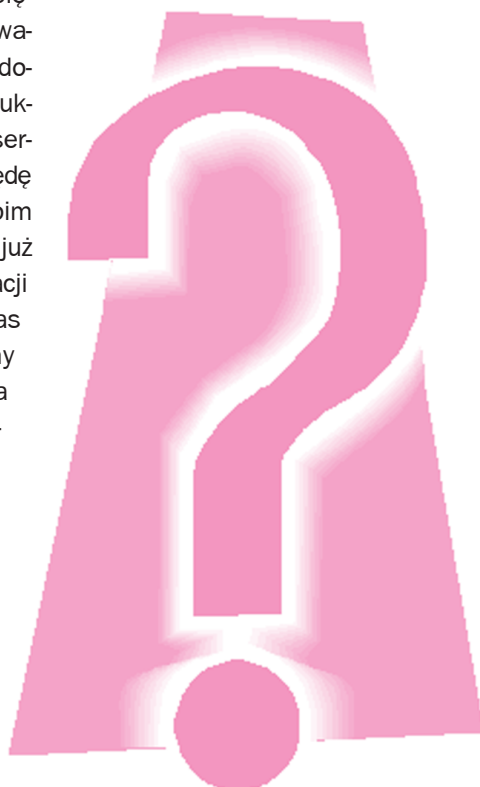
Mój marcowy artykuł zakończyłam pytaniem czy jesteście Państwo gotowi zaprzepaścić potencjał, jaki drzemie w Waszym środowisku. Jak wszystkie

moje dotychczasowe pytania, i to pozostaje zawieszona gdzieś w eterze, skazane na zakurzenie i pewnie z czasem zapomnienie. Moją ambicją jest jednak, aby zadawane przeze mnie pytania żyły – żeby pozostawały w Państwa myślach do momentu, kiedy nie zostaną na nie udzielone odpowiedzi. Kto, jak i kiedy ma tych odpowiedzi udzielać? Jak Państwo sądzicie? Pytania są skierowane do Was. Naturalną kolejną rzeczą jest zatem, aby odpowiedzi udzielał nie kto inny jak właśnie Wy. Jako psycholog, doskonale wiem, iż pisząc „Państwo”, „Wy” oraz używając wszelkich pozostałych zwrotów w liczbie mnogiej ryzykuję wystąpienie zjawiska rozproszenia odpo-

wiedzialności. Oto bowiem każdy z Państwa może pomyśleć, że „pytanie niby do mnie, ale przecież na pewno nie chodzi o to, żebym to ja odpowiedział czy odpowiedziała – jest w końcu tyle innych koleżanek i kolegów, którzy z pewnością odpowiedzą lepiej, mądrzej, piękniejszą polszczyzną...”.

## **Zmiana nr 1**

Właśnie o to chodzi drogi Czytelniku, abyś to Ty przez chwilę pomyślał i udzielił odpowiedzi (mam nadzieję, że tę męską formę wybaczą mi wszystkie kobiety czytające ten artykuł – w tym miesiącu postanowiłam nieco dopieścić Panów, pomijanych często przy okazji odmiany czasowników w tym sfeminizowanym środowisku). I nie – odpowiedź nie ma pozostać jedynie w Twoich myślach. Jeżeli już poświęcisz czas na przemyślenie kwestii, która ma znaczenie dla Twojej grupy zawodowej, warto się podzielić wnioskami. Aby było to możliwe, postanowiłam Państwu udostępnić mój adres e-mailowy. Od tej pory, wysyłając wiadomości na adres [mariana.krol@gmail.com](mailto:mariana.krol@gmail.com) będą Państwo mieć ze mną bezpośredni kontakt. Odważnie krocząc w stronę lata i wykorzystując zdobycze techniki, proponuję wspólny eksperyment. Do końca kwietnia będę czekać na Państwa uwagi, opinie i propozycje dotyczące moich przeszłych i ewentualnych przyszłych artykułów. Proszę zarówno o pozytywne informacje zwrotne, jak i te, które wskażą mi obszary do poprawy. Proszę również o podzielenie się ze mną swoimi przemy-



śleniami, refleksjami, wnioskami – być może jakąś myślą chcieliby Państwo zainspirować swoich kolegów i koleżanki do zmian, które korzystnie wpłyną na Państwa środowisko... Państwa zaangażowanie w to przedsięwzięcie będzie dla mnie wsadnikiem znaczenia mojej obecności na łamach Biuletynu. Jeżeli nie dostanę od Państwa żadnych informacji zwrotnych, uznam, iż wypełniłam już swoje zadanie... Jeżeli natomiast w swojej skrzynce e-mailowej odnajdę wiadomości od Państwa – będzie to dla mnie znak, że moja praca jeszcze nie jest skończona, a dwustronna komunikacja między nami stanie się tradycją.

### **W poszukiwaniu tego, kto wie wszystko...**

Poddając się Państwa ocenie, przyznaję, że nie wiem o Państwa środowisku wszystkiego, że mam świadomość, iż czasami mogę popełniać błędy w ocenie sytuacji. Jednocześnie pokazuję Państwu, że mam odwagę się do tego przyznać i poprosić Państwa o pomoc – informacja zwrotna, której mi Państwo udzielicie może być dla mnie podstawą udoskonalenia mojej pracy, tym samym wzbogacając jej efekt końcowy, którym są artykuły.

### **W poszukiwaniu zaufania...**

Być może jeszcze nie dostrzegacie Państwo tego faktu, ale prośba o ocenę własnej pracy jest czymś więcej aniżeli jedynie prośbą o opinię. Jest uznaniem i wyrazem zaufania wobec tych osób, które będą oceniać. Za każdym razem, kiedy piszę artykuł mam świadomość, iż piszę do specjalistów w swoich dziedzinach, którzy weryfikują moje sugestie w codziennej pracy. To sprawia, że mam do Państwa zaufanie – wierzę, iż obiektywnie ocenicie moją pracę na podstawie wartości przekazywanych przeze mnie informacji.

Znakiem zapytania pozostaje Państwa zaufanie do mnie jako do osoby, której możecie przekazać to, co leży Wam na sercu. Jeżeli w ciągu tego roku, zdążyłm wzbudzić Państwa zaufanie – będzie mi ogromnie miło

i już teraz mogę obiecać, iż odpowiem na każdego maila związanego z Państwa środowiskiem.

### **Zróżdła odniesień do autora...**

Z pewnością zauważyli Państwo, iż obecny artykuł jest przepelniony informacjami związanymi ze mną. Nigdy nie stawiałam siebie w roli „bohatera” żadnej publikacji, aż do teraz... W dwóch ostatnich artykułach wspominałam Państwu o zarządzaniu partycypacyjnym, którego fundament stanowi przekonanie, iż organizację tworzą osoby zdolne do myślenia oraz podejmowania decyzji. Według autorów książki „Pełna partycypacja w zarządzaniu”, poza tym podstawowym założeniem, zarządzanie partycypacyjne cechuje kilka dodatkowych wyznaczników, które po dotychczasowej lekturze powinny być już Państwu całkowicie zrozumiałe...

1. Umiejętność przyznania się do ograniczeń i chęć poproszenia o pomoc – system, w którym każdy kto tylko „dorwie się do władzy” jest przekonany o swojej wszechstronnej wiedzy i mocy, nie uwzględniając, że wokół niego znajdują się myślący, wykształceni, chcący pracować na rzecz swojej organizacji ludzie, mogący mieć równie dobre lub nawet lepsze pomysły na rozwój i wzmacnianie środowiska, wcześniej czy później będzie skazany na osłabnięcie lub wyniszczenie. Dopiero, kiedy osoby kierujące organizacją mają w sobie tyle odwagi, aby, bez manipulacji i kombinowania „jak ugrać swoje”, dopuścić współpracowników do wspólnego decydowania i działania, możemy mówić o kroczeniu w stronę sukcesu.

2. Duma i zadowolenie z własnej pracy – Każdy z nas wykonując swoją pracę ma nadzieję, że będzie ona doceniona. Dopiero kiedy widzimy, że efekty naszego wysiłku mają sens, możemy być z niego dumni i zadowoleni. A kiedy najłatwiej dostrzec sens naszej pracy? Kiedy otrzymujemy informację zwrotną – kiedy pacjent Państwu dziękuje, lub kiedy współpracownik pochwali, za szybką reakcję w sytuacji kryzysowej – sami Państwo wie-

cie jaką przyjemność Wam sprawia usłyszeć pozytywną informację o efektach Waszej pracy. Dlaczego więc nie wzmocnić Waszego środowiska poprzez przekazywanie współpracownikom opinii, które mogą sprawić, że poczują się dumni i zadowoleni z codziennego wysiłku?

3. Zaufanie – niejednokrotnie już przeze mnie poruszane, musi się pojawić również w tej chwili. Zaufanie jest kluczem do sukcesu każdej organizacji – tam, gdzie ludzie mogą ze sobą szczerze i z szacunkiem rozmawiać, tam jest nadzieja i szansa na rozwiązanie nawet najtrudniejszych sytuacji. Dopóki nie ma zaufania i szacunku organizacja pozostaje „kolesem na glinianych nogach”.

### **W poszukiwaniu jedności...**

Zaufanie, duma i zadowolenie z własnej pracy, nawyk wygrywania, dzielenie się wiedzą, przyznawanie się do ograniczeń i proszenie o pomoc... Wszystko wygląda pięknie na papierze. Ja wiem, że może wyglądać równie pięknie w rzeczywistości, i to w Państwa rzeczywistości – w grupie pielęgniarek, pielęgniarzy oraz położnych. Aby tak się stało musicie się jednak Państwo unieść ponad dotychczasowe urazy i pretensje, ślepe dążenie do władzy i pieniędzy. Musicie przypomnieć sobie, że podczas kiedy część z Was uparcie dąży do „wydarcia jak największej części z tortu”, jest też wśród Was grupa, która na rzecz Waszego środowiska pracuje społecznie... Czy jesteście zatem Państwo gotowi wyruszyć na poszukiwanie jedności w Waszym środowisku?

Czekając na Państwa odpowiedzi na powyższe pytanie, przypominam jeszcze raz adres: marianna.krol@gmail.com Pod tym samym adresem czekam również na ocenę mojej pracy, jednocześnie życząc Państwu udanych Świąt Wielkiej Nocy oraz dziękując za ten wspólny rok.

mgr Marianna Król  
psycholog  
Master Practitioner of the Art And Science  
of Neuro-Linguistic Programming



# Dostęp doszpikowy

Wkłucia doszpikowe to technika ratownicza umożliwiająca natychmiastowy dostęp do układu naczyniowego w przypadku zatrzymania krążenia i wstrząsu zdekompensowanego.

Jest to alternatywa, gdy nie powiodły się trzy próby kaniulacji naczynia obwodowego lub działania zajęły więcej niż 90 sekund. To prosty i bezpieczny system dla ratowania życia w zatrzymaniu krążenia w mechanizmie asystolii lub PEA (*pulseless electrical activity*).

Do badań laboratoryjnych można zaaspirować szpik kostny do heparynizowanej strzykawki, można także podać leki, płyny i preparaty krwiopochodne.

Do infuzji doszpikowych istnieją dwa typy igieł:

1. Igły trójkątne z otworem na końcu i dwoma otworami na bokach. Igła wprowadzana jest ręcznie:

- noworodki – dzieci do 6 miesięcy = 18G,
- dzieci w wieku 6 – 18 miesięcy = 16G,
- dzieci powyżej 18 miesięcy = 14G.

2. Automatyczny iniektor doszpikowy B.I.G.

Zalecane miejsca iniekcji igłą B.I.G.:

– dorośli 1 – 2 cm przyśrodkowo i 1 cm proksymalnie w stosunku do guzowatości kości piszczelowej (fot. 1),



fot. 1

– u starszych kobiet miejsce znajduje się 1 – 2 cm przyśrodkowo i 1 – 2 cm dystalnie do guzowatości.

Alternatywne miejsca iniekcji:

– 1 do 2 cm proksymalnie do podstawy kostki przyśrodkowej (4 – 5 cm powyżej końca kostki przyśrodkowej – fot. 2),



fot. 2

– tylna-dystalna część nasady kości promieniowej (po przeciwnej stronie od miejsca wyczuwania pulsu – fot. 3),



fot. 3

– przednia powierzchnia głowy kości ramiennej (fot. 4),



fot. 4

Zalecane miejsca iniekcji u dzieci:

– u dzieci poniżej 6 roku życia miejsce znajduje się 1 cm przyśrodkowo i 1 cm dystalnie od guzowatości piszczeli (fot. 5),



fot. 5

– u dzieci pomiędzy 6 a 12 rokiem życia zalecane miejsce znajduje się 1–2 cm przyśrodkowo i 1 – 2 cm dystalnie od guzowatości piszczeli,

– wtórne miejsce znajduje się 1 – 2 cm proksymalnie do podstawy kostki przyśrodkowej (4 – 5 cm powyżej końca kostki przyśrodkowej),

– alternatywne miejsce wkłucia igły szpikowej u niemowląt i małych dzieci znajduje się w dalszej części kości udowej, jest położone 1 – 2 cm powyżej górnego brzegu rzepki.

Igła doszpikowa przy zakładaniu przechodzi przez okostną, część korową kości i dochodzi do jamy szpikowej. Należy unikać umieszczenia igły w okolicach chrząstek wzrostowych w kościach długich (przynasadach).

Zalecana głębokość penetracji:

Dorośli (niebieska 15G):

– przyśrodkowo do guzowatości kości piszczelowej: 2,5 cm,

– powyżej kostki przyśrodkowej: 2,0 cm,

– dystalna część nasady kości promieniowej: 1,5 cm,

– głowa kości ramiennej: 2,5 cm.

Dzieci (czerwona 18G):

– niemowlęta i dzieci do 3 lat; przyśrodkowo do guzowatości kości piszczelowej 0,5 – 0,7 cm,

– dzieci od 3 do 6 lat przyśrodkowo do guzowatości kości piszczelowej 1,0 – 1,5 cm,

– dzieci od 6 do 12 lat przyśrodkowo do guzowatości kości piszczelowej 1,5 cm.

Przeciwwskazania do wprowadzenia igły doszpikowej: infekcje, zakażenia skóry, guzy i złamania w miejscu i powyżej iniekcji.

Używając automatu do iniekcji należy przestrzegać zaleceń głębokości penetracji igły szczególnie u dzieci. Przy ręcznym zakładaniu igły nie należy używać zbyt dużej lub gwałtownie przyłożonej siły, gdyż takie działanie powoduje przekucie jamy szpikowej i nakłucie tylnej warstwy korowej kości. Jamę szpikową kości długich można porównać do niezapadających się naczyń żylnych. Krew spływająca z zatok żylnych istoty gąbczastej gromadzi się w obszarze jamy szpikowej kości, gdzie tworzy centralny zbiornik krwi żyłnej, z którego krew odpływa przez żyły przesywające do żył systemowych. Z uwagi na powyższe podczas zabiegów resuscytacji krążeniowo-oddechowej wszystkie leki podawane standardowo można bezpiecznie stosować we wlewach do jamy szpikowej.

Do utrzymania optymalnego przepływu płynów poleca się utrzymać wysokie ciśnienie do 300 mmHg.

Powikłania infuzji doszpikowej:

– wynacznienie płynu z jamy szpikowej – przenikanie do tkanek,

– zator tłuszczowy (poniżej 1%),

– infekcja,

– zespół przedziałowy,

– złamanie,

– martwica skóry.

Technika zakładania igły doszpikowej:

– wybór pożądanej głębokości penetracji przez odkręcenie mankieta z cylindra obudowy automatu,

– dezynfekcja miejsca wkłucia,

– stabilizacja kończyny,

– dobór odpowiedniego miejsca nakłucia,

– przyłożenie automatu do skóry; dociśnięcie przedniej części w płaszczyźnie prostopadłej do skóry,

– wyciągnięcie zabezpieczenia i uruchomienie mechanizmu wprowadzając igłę na pożądaną głębokość,

– usunięcie obudowy i mandrynu z wnętrza igły, igła musi pozostać w kości,

– zaaspirowanie szpiku kostnego, uzyskanie potwierdzenia prawidłowego położenia końca igły,

– podłączenie zestawu do wlewów dożylnych z zaworem zamykającym,

– obserwacja wystąpienia objawów obrzęku tkanek z powodu wynacznienia się podawanego śródszpikowo płynu.

# SEPSA wyzwanie dla pielęgniarstwa XXI wieku

„Mimo, że miliony ludzi na całym świecie giną z powodu sepsy, nadal stanowi ona jedno z najmniej rozumianych pojęć, także wśród lekarzy...”

prof. Graham Ramsay, 2001

Sepsa stanowi jedno z największych wyzwań dla medycyny XXI wieku, jest również wielkim wyzwaniem dla współczesnego pielęgniarstwa. Jak powiedział Profesor Graham Ramsay: „...nadal stanowi ona jedno z najmniej rozumianych pojęć, także wśród lekarzy...”, do tych słów należałoby dodać, że jest również jednym z najmniej rozumianych pojęć przez pielęgniarki.

Słowo „sepsa” pochodzi od greckiej nazwy *sepsis*, która oznacza gnicie, czyli degradację i psucie się żywej materii, a jego wprowadzenie do nomenklatury medycznej przypisuje się Hipokratesowi. Ciężka sepsa (połączona z dysfunkcją narządów) jest jednym z największych wyzwań współczesnej medycyny, stanowi główną przyczynę śmierci (30 – 60 procent) na oddziałach intensywnej terapii innych niż kardiologiczne. Należy przypuszczać, że w przyszłości wzrośnie liczba rozpoznawanych przypadków ciężkiej sepsy z powodu starzenia się populacji, częstszego stosowania inwazyjnych procedur terapeutyczno-diagnostycznych, zwiększenia liczby pacjentów z upośledzonym systemem odpornościowym, wzrostu ilości antybiotykoopornych mikroorganizmów, a także dzięki wcześniejszemu i opartemu o procedury rozpoznania stawianiu diagnozy.

Przez lata nie było zgodności co do definicji sepsy. Początkowo uważano,

że przyczyną uogólnionej reakcji organizmu na zakażenie, objawiającą się gorączką, tachykardią, tachypnoe, a w zaawansowanych przypadkach niewydolnością narządów i zgonem, jest przedostanie się drobnoustrojów do krwi. Stąd w języku polskim funkcjonowała nazwa posocznica, od słowa „posoka” oznaczającego popsutą krew. Przedstawiciele nauk klinicznych podjęli próby ujęcia klinicznych objawów ciężkich zakażeń w jeden zespół, tak powstało pojęcie zespołu septycznego – grupy objawów od gorączki po niewydolność wielonarządową. Badania chorych z „zespołem septycznym” wykazały dość szybko, że u znacznej grupy, mimo manifestowania się objawów klinicznych zakażenia, posiewy krwi były jałowe. Okazało się więc, że określenie „sepsa”, „posocznica” czyli „bakteriemia” nie należy używać jako synonimów. To skłoniło do wysunięcia innych hipotez, z których jedna mówiła, że nie patogen jest najbardziej charakterystyczny dla obrazu klinicznego sepsy, ale reakcja organizmu na zakażenie lub inne ostre stany kliniczne np. uraz lub ostre zapalenie trzustki.

Współczesna definicja sepsy została zaproponowana w 1992 roku przez konsensus amerykańskich towarzystw naukowych: Amerykańskiego Kolegium Lekarzy Chorób Klatki Piersiowej (American College of Chest Phy-

sicians ACCP) oraz Towarzystwa Medycyny Opieki Stanów Krytycznych (Society of Critical Care Medicine SCCM) na konferencji uzgodnieniowej pod kierunkiem Rogera Bone’a. Zależnie od przebiegu klinicznego wyróżniono: sepsę, ciężką sepsę, wstrząs septyczny.

Wg ACCP/SCCM obowiązują następujące definicje:

Sepsa – ogólnoustrojowa reakcja organizmu na zakażenie. Do jej rozpoznania konieczne jest potwierdzenie lub podejrzenie zakażenia (bakteryjnego, wirusowego, grzybiczego) oraz stwierdzenie co najmniej dwóch objawów SIRS.

## Zespół ogólnoustrojowej odpowiedzi zapalnej (SIRS – Systemic Inflammatory Reaction Syndrome)

Ogólnoustrojowa odpowiedź zapalna na różne czynniki uraz, zakażenie itp., na którą składają się dwa lub więcej z następujących objawów:

1. Temperatura  $>38$  lub  $<36^{\circ}\text{C}$ .
2. Tetno  $> 90$  uderzeń/min.
3. Częstość oddechów  $> 20/\text{min}$  lub  $\text{PaCO}_2 < 32\text{mmHg}$ .
4. Leukocytoza  $>12.000/\mu\text{l}$  lub  $< 4.000/\mu\text{l}$  lub 10% postaci niedojrzałych.

Obecnie uznaje się, że obowiązujące kryteria SIRS są nadmiernie czułe i mało specyficzne, dlatego też pod-

jęto próbę wprowadzenia akronimu PIRO, który ułatwia rozpoznanie sepsy i wstrząsu septycznego przez uwzględnienie czynników predysponujących.

Elementy PIRO stanowią:

1. Predisposition (predyspozycja):
  - predyspozycja genetyczna,
  - choroby współistniejące,
  - czynniki kulturowe,
  - wiek,
  - płeć.
2. Insult (uszkodzenie):
  - zakażenie, rodzaj i miejsce zakażenia,
  - endotoksyny, rodzaj patogenu, jego zjadliwość i lekowrażliwość,
  - uraz,
  - niedokrwienie.
3. Response (odpowieź):
  - odpowiedź fizjologiczna, objawy SIRS,
  - specyficzne mediatory zapalenia,
  - markery genetyczne.
4. Organ dysfunction (niewydolność organów) np. wstrząs, AIDS.

### **Ciężka sepsa**

Sepsa/SIRS współistniejąca z niewydolnością narządów, hipoperfuzją tkankową lub spadkiem ciśnienia tętniczego. Hipoperfuzja i zaburzenia perfuzji powodują: kwasicę mleczanową, oligurię i ostre zaburzenia świadomości.

### **Wstrząs septyczny**

Rodzaj ciężkiej sepsy ze spadkiem ciśnienia tętniczego krwi pomimo intensywnej resuscytacji płynowej wraz z zaburzeniami perfuzji manifestującymi się kwasicą mleczanową, oligurią i ostrymi zaburzeniami świadomości. U pacjentów otrzymujących leki inotropowe lub wazopresyjne może nie występować hipotensja, jeśli jednak nadal stwierdza się u nich hipoperfuzję tkankową lub niewydolność narządową, będą oni uważani za chorych we wstrząsie septycznym.

### **Zespół niewydolności wielonarządowej MODS**

Obecność zaburzeń czynności narządów u pacjenta z ostrą chorobą, po-

wodujących niemożność utrzymania homeostazy bez interwencji terapeutycznej.

Przeprowadzenie wiarygodnych badań epidemiologicznych było możliwe dopiero od 1992r po opublikowaniu ustaleń konferencji uzgodnieniowej w sprawie definicji sepsy i związanych z nią zespołów klinicznych. W przeszłości dokładne dane dotyczące jej występowania nie były dostępne, a wynikało to z wielu przyczyn, np. różne specjalności medyczne stosowały odmienną terminologię medyczną na określenie podobnych jednostek klinicznych, a ciężka sepsa nie była podawana jako ostateczne rozpoznanie, ale jako powikłanie innego procesu chorobowego. Najwcześniej wyniki badań nad epidemiologią zespołu ciężkiej sepsy opublikowano w USA w 2001 roku, publikacja ta miała przełomowe znaczenie w rozwoju wiedzy nad sepsą. Dane uzyskano na podstawie analizy 6 milionów kart dokumentacji szpitalnej, na ich podstawie określono częstość występowania tego zespołu na poziomie 3 przypadków na 1000 osób populacji. Dane mówią o 750 tysięcy nowych przypadków ciężkiej sepsy rocznie w USA, a śmiertelność sięga 27 procent, co oznacza, że liczba zgonów z powodu sepsy jest równa liczbie zgonów z powodu zawału serca, a znacznie przekracza liczbę zgonów z powodu chorób nowotworowych. Już w trzy miesiące po opublikowaniu badań w USA, powołano w Polsce Roboczą Grupę ds. Sepsy, która powstała w listopadzie 2001 podczas zebrania Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii, z inicjatywy ówczesnego Prezesa Towarzystwa prof. Wojciecha Gaszyńskiego. Grupa ta przeprowadziła badania sondażowe wśród ordynatorów OIT, które posłużyły do wstępnej analizy wiedzy nt. sepsy. W kwietniu 2003 powstał portal internetowy Grupy Roboczej, gdzie na stronie [www.sepsa.pl](http://www.sepsa.pl) istnieje możliwość anonimowego rejestrowania przypadków ciężkiej sepsy według

ustalonego kwestionariusza. Pierwsze dane opublikowane po zarejestrowaniu 1000 przypadków, pozwoliły na analizę przebiegu klinicznego i wyników leczenia ciężkiej sepsy w Polsce.

Międzynarodowe wytyczne Surviving Sepsis Campaign 2008

W lipcu 2001 roku grupa badaczy amerykańskich pod kierownictwem Dereka Agnusa opublikowała w miesięczniku Critical Care Medicine wyniki badań nad częstotliwością występowania, kosztami oraz wynikami leczenia ciężkiej sepsy. Badania te odśloniły oblicze zagrożenia jakie stanowi kliniczna postać sepsy, występująca powszechnie, cechująca się wysoką śmiertelnością, której leczenie jest złożone i kosztowne, a przebieg terapii jest trudny do przewidzenia. Zagrożenia zdrowotne jakie niesie zespół ciężkiej sepsy stały się przedmiotem troski organizacji międzynarodowych. W 2002r trzy wiodące organizacje Society of Critical Care Medicine (SCCM), European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) oraz International Sepsis Forum (ISF) utworzyły globalny program pod nazwą Surviving Sepsis Campaign (SSC), którego zadaniem jest obniżenie śmiertelności spowodowanej tym zespołem w ciągu najbliższych pięciu lat o 25 procent. Polska Grupa Robocza ds. Sepsy określiła tę kampanię nazwą „Pokonać sepsę”. Obecnie misja SSC jest realizowana przez szereg inicjatyw zgrupowanych w podstawowe obszary działania:

- świadomość, zwiększenie świadomości ciężkiej sepsy wśród lekarzy, pielęgniarek, rządów i ministrów zdrowia, funduszy ubezpieczeniowych pod kątem jej występowania, śmiertelności, kosztów społecznych,
- diagnostyka: wczesne i właściwe rozpoznawanie sepsy poprzez wdrażanie i propagowanie jasnych definicji i czytelnych kryteriów rozpoznania,
- edukacja: stosowanie właściwych schematów leczenia, obejmujących skuteczne leki i techniki medyczne oraz propagowanie ich wśród lekarzy,

– terapia: intensywna edukacja wszystkich osób mających wpływ na losy pacjenta z sepsą, obejmująca diagnostykę i rozpoznawanie sepsy, standardy leczenia z uwzględnieniem nowych leków i interwencji terapeutycznych.

Pierwsze wytyczne dotyczące rozpoznania i leczenia ciężkiej sepsy zostały opublikowane w 2004 roku w marcowym numerze Critical Care Medicine i kwietniowym Intensive Care Medicine.

Obecnie obowiązują wytyczne z roku 2008 „Postępowanie w ciężkiej sepsie i wstrząsie septycznym”, które są aktualizacją wytycznych z roku 2004 i opierają się na analizie piśmiennictwa medycznego od roku 1990 do roku 2007. Niniejsze wytyczne obejmują następujące zagadnienia:

- wstępne postępowanie przeciw-wstrząsowe,
- rozpoznanie,
- antybiotykoterapia,
- kontrola ogniska zakażenia,
- płynoterapia,
- leki obkurczające naczynia,
- leczenie zwiększające kurczliwość mięśnia sercowego,
- kortykosteroidy,
- rekombinowane ludzkie aktywowane białko C,
- leczenie preparatami krwiopochodnymi,
- mechaniczna wentylacja płuc w wywołanym przez sepsę ALI lub ARDS
- sedacja, leczenie przeciwbólowe i blokada złącza nerwowo-mięśniowego w sepsie
- kontrola glikemii,
- leczenie nerkozastępcze,
- stosowanie wodorowęglanu sodu,
- profilaktyka zakrzepicy żył głębokich,
- profilaktyka owrzodzeń stresowych,
- rozważenie ograniczenia podtrzymania życia.

Dzięki programowi Surviving Sepsis Campaign w najbliższej przyszłości przewiduje się postęp w wynikach leczenia i obniżenie śmiertelności cho-

rych septycznych, co wiązać się będzie nie tyle z wprowadzeniem nowych „technologii terapeutycznych” ile z właściwym zastosowaniem już istniejących. Służy temu wprowadzenie tzw. pakietów terapeutycznych wskazujących na konieczność wykonania odpowiednich procedur terapeutycznych w określonym przedziale czasowym. Elementy składowe pakietu zastosowane łącznie dają lepsze rokowanie niż gdy są stosowane osobno.

Praca pielęgniarki z pacjentami z rozpoznaną sepsą, ciężką sepsą i we wstrząsie septycznym polega na ciągłej realizacji procesu pielęgowania, prowadzeniu obserwacji pielęgniarskich, stawianiu diagnozy pielęgniarskiej, planowaniu, realizowaniu i ocenie podjętych działań pielęgniarskich, zmierzających do przywrócenia zdrowia. Zrozumienie czym jest sepsa, jakie stanowi zagrożenie dla pacjenta, jakie zmiany patofizjologiczne zachodzą w jego organizmie, jak powinno przebiegać leczenie i jakie jest rokowanie, pozwoli na profesjonalne prowadzenie procesu pielęgowania i realizowanie funkcji pielęgniarskich w zespole terapeutycznym OIT. Pozwoli również udzielić odpowiedzi rodzicom i bliskim pacjentów leczonych w OIT, na dręczące ich pytania. Często to właśnie do pielęgniarek kierowane są pytania: czy sepsą można się zarazić?, czy jest szczepionka przeciwko sepsie?, czy należy przedsięwziąć jakieś dodatkowe środki ostrożności w związku z chorobą bliskiej osoby? Słowo sepsa w dalszym ciągu budzi groźbę wśród społeczeństwa. Rozszerzanie wiedzy nt. tego zespołu klinicznego przez wszystkich członków zespołów terapeutycznych, w tym również przez pielęgniarki, będzie pomocne w planowaniu doraźnych i długoterminowych działań pielęgniarskich wobec pacjenta i jego rodziny, wpłynie na podniesienie jakości opieki pielęgniarskiej w OIT, świadczonej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, etyczną i realizowanej na najwyższym poziomie.

Literatura u Autorki

## podziękowania

Składamy serdeczne podziękowania kierownikowi zespołu lekarskiego dr hab. med. prof. nadzw. **Andrzejowi Głabińskiemu, całemu zespołowi lekarskiemu i pielęgniarskiemu oraz paniom salowym Oddziału Neurologii z Pododdziałem Udarowym Szpitala im. M. Kopernika w Łodzi** za pełną zaangażowania, trudną, fachową, rzetelną i profesjonalną pomoc lekarską i pielęgniarską a także za życzliwość, wyrozumiałość i ogromne wsparcie okazane w czasie choroby naszej córki – Elżbiety Penteli. Dziękujemy wszystkim tym, których wymienić tu nie sposób, a których wyrozumiałość, cierpliwość i słowa otuchy pomogły nam przetrwać trudne chwile.

wdzięczni rodzice  
Maria i Dariusz Zagróni

Pragniemy złożyć serdeczne podziękowania pani **Januszowie Gosławskiemu** – rehabilitantowi Szpitala im. M. Kopernika w Łodzi – za profesjonalną, trudną, rzetelną i fachową rehabilitację w czasie choroby naszej córki – Elżbiety Penteli. Dziękujemy za ciepło, troskę, cierpliwość i uśmiech a przede wszystkim za ogromne serce tak bardzo potrzebne w pokonaniu choroby

wdzięczni rodzice  
Maria i Dariusz zagórni

WIKTOR SAPIEJKA

# Cechy dorosłych dzieci alkoholików

W ostatnim już artykule z serii dotyczącej cech dorosłych dzieci alkoholików chciałbym przywołać również inne cechy, które już nie są tak charakterystyczne, ale występują u wielu dorosłych dzieciach alkoholików oraz podać przykłady możliwości radzenia sobie z syndromem DDA.

Sytuacje, z którymi spotykali się DDA w dzieciństwie były nielogicznie i w żaden sposób nie można było ich wytłumaczyć. Możliwością poradzenia sobie z tym doświadczeniami stało się myślenie magiczne – DDA „zaczynają wierzyć, że przez wyobrażenia, symboliczne czynności czy słowa będą mogły oddziaływać na realne życie”. Jedni modlą się powtarzając nieskończoną liczbę razy słowa, np. „Boże spraw, aby nie było awantury”, inni zakładają sobie, że jeśli zrobią jedną rzecz to na pewno nic złego się nie stanie („Jeśli wykonam to zadanie jak najlepiej, to na pewno tata wróci do domu trzeźwy”), a jeszcze inni używają „zaklęcia” – spotkały mnie dzisiaj już dwie przykre rzeczy, to na pewno trzecia będzie pozytywna. DDA trzymają się sztywno swojej magii – jeśli jakiejś kwestii nie dopilnują, to cała sprawa na pewno zakończy się katastrofą. Mają swoje magiczne zaklęcia zarówno w dzieciństwie jak i w dorosłym życiu. Wiele razy zamiast cieszyć się z jakiegoś sukcesu, DDA wolą się zamartwiać, aby nie zapeszyć, aby szczęście ich nie opuściło. Wierzą, że taką postawą przyciągną również dobre rzeczy.

Inną cechą DDA jest poczucie stałego zagrożenia. DDA w dzieciństwie doświadczyli ciągłego napięcia i lęku o to, co się stanie. W dorosłym życiu, choć często nie ma ku temu powodów, odczuwają stałe zagrożenie i oczekują na jakieś niebezpieczeństwo, które może ich spotkać w każdej chwili. Tak jak przy poprzedniej cesze DDA nie rezygnują z „czuwania” i mobilizacji. Nawet jeśli coś się dobrego przydarzy, to na pewno kolejna rzecz będzie zła – według ich myślenia wcześniej czy później musi coś niedobrego się stać. Nie potrafią wyluzować się i szukać optymistycznych aspektów danej sytuacji. Przewidują najczarniejszy scenariusz i najgorsze konsekwencje. Nawet jeśli ich przewidywania nie sprawdzają, to nie potrafią się długo cieszyć powodzeniem. Od razu rozmyślają o przyszłych, bardzo trudnych sprawach, które ich czekają. W ich toku myślenia pojawiają się również nierzadko kwestie związane z ich niską samooceną – rozmyślają o negatywnym stosunku różnych osób wobec nich, co często przejawia się w ich zachowaniu i inicjuje różne sporne kwestie. Życie w ciągłym poczuciu

zagrożenia skutkuje brakiem odpoczynku, możliwości zrelaksowania się i niemożnością cieszenia się z czegokolwiek.

Doświadczenia z dzieciństwa mogą również zaowocować postawą przeciwną: wycofania się i unikania sytuacji zagrażających. DDA reprezentujący taką postawę, zazwyczaj nie realizują żadnych ze swoich pragnień. Nie rozpoczynają studiów, bo przerażają ich egzaminy, nie starają się o wymarzoną pracę, bo stresuje ich rozmowa kwalifikacyjna z pracodawcą. Nie zakładają również rodzin – obawiają się kontaktów z płcią przeciwną (boją się ośmieszenia lub wykorzystania). Nie radzą sobie z codziennymi sprawami i obowiązkami. Tacy DDA mają marzenia, ale nie potrafią zrobić nawet małego kroku w kierunku ich realizacji. Wolą żyć w stabilnym środowisku, nawet za cenę osiągnięcia czegoś satysfakcjonującego.

Doświadczenia DDA z dzieciństwa nierzadko związane były z przemocą seksualną, których DDA byli albo obiektami lub świadkami. Bezpośrednie lub pośrednie uczestnictwo w zdarzeniach o charakterze seksualnych spowodowały u nich urazy, które przejawiają się w zaburzeniach sfery seksualnej. Widoczne jest to w całkowitym zanegowaniu potrzeb seksualnych lub nierealistycznym spojrzeniu na nie. Cześć DDA twierdzi, że seks jest wstrętny i upokarza partnerów (lub jednego z nich). Jest czymś okropnym i zbędnym w związku dwojga ludzi (uniemożliwia lub niszczy miłość).

Wielu DDA nie akceptuje swojej płciowości i zaprzeczają istnieniu swoich potrzeb seksualnych. Nie pozwalają na pieszczoty czy dotyk ze strony partnera. Doświadczenia z dzieciństwa nauczyły ich, że seks jest czymś brudnym i związany jest z przemocą, nie jest czymś przyjemnym, ale obowiązkiem, który trzeba spełniać (szczególnie dotyczy to kobiet, które musiały

nego rodzaju przewodników dotyczących pracy nad sobą. Najlepsze rezultaty daje terapia, której efekty dorosłe dziecko alkoholika utwierdza na mityngach i jednocześnie przez samodzielną pracę w domu z przewodnikiem.

Terapie (indywidualne lub grupowe) organizowane są w Łodzi w Wojewódzkim Ośrodku Leczenia Uzależnień mieszczącym się przy ul. Pomorskiej

mogą uczęszczać wszyscy, a w zamkniętych uczestniczą tylko członkowie wspólnoty, czyli osób, które zdecydowały, że chcą do niej należeć i utożsamiają się z problematyką DDA. Udział w mityngach uczy samodyscypliny w pracy nad sobą. Poniżej chciałby zamieścić informacje dotyczące spotkań DDA, organizowanych w Łodzi:

– BSA „Rodzina”, ul. Czarnieckiego 4, poniedziałek, godz. 18:00,

– Stowarzyszenie Abstynentów Klubu „Meta” grupa DDA „Szansa”, pl. Komuny Paryskiej 6 wtorek, godz. 18.00

– Stowarzyszenie „Abakus”, grupa DDA i DDD „Rodzina” środa, 18:00 ul. Próchnika 5 (w pierwszą środę miesiąca jest mityng otwarty dla wszystkich chętnych).

Powyższe dane zostały zaczerpnięte ze strony [www.dda.pl](http://www.dda.pl), na której aktualizowana jest baza spotkań i terapii dla DDA. Na tej stronie można również przeczytać wiele artykułów pomocnych do pracy nad sobą. Również pomocna może stać się książka „Czas uzdrowić swoje życie” Timmana L. Cermaka i Jacques’a Rutky’ego, którą bardzo polecam.

Cykl swoich artykułów chciałbym zakończyć cytatem, który przyświeca wielu DDA próbujących poradzić sobie z problemami dzieciństwa i życia

## DDA mają marzenia, ale nie potrafią zrobić nawet małego kroku w kierunku ich realizacji. Wolą żyć w stabilnym środowisku, nawet za cenę osiągnięcia czegoś satysfakcjonującego.

spełniać swoje obowiązki małżeńskie). U niektórych DDA nawet mówienie o sprawach związanych z seksem wywołuje złość, zniecierpliwienie i sztywność w zachowaniu (czasami nawet agresję). Cechuje ich również brak umiejętności rozmowy z partnerem o swoich potrzebach lub zahamowaniach z lęku przed niezrozumieniem lub odrzuceniem. Inni DDA, bardzo spragnieni miłości, często mylą ją z seksem. Oddają się partnerowi, nawet jeśli chcą, aby ktoś ich tylko objął lub przytulił. DDA przejawiają również w sferze seksualnej inne zachowania tj.: poczucie winy i wstyd przed określeniem i wyrażeniem swoich potrzeb seksualnych, poprawianie sobie nastroju i samopoczucia za pomocą seksu, brak pewności co do swojej tożsamości seksualnej, manipulacja poprzez uwodzenie, oziębłość.

Do innych cech występujących czasami u dorosłych dzieci alkoholików można zaliczyć: nieufność wobec autorytetów przy silnej potrzebie ich posiadania, niepewność co do własnej roli w rodzinie, silne lęki, poszukiwanie norm i wartości oraz bardzo sztywne ich przestrzeganie, a także problemy religijne.

Aby poradzić sobie z problemami DDA powinny uświadomić sobie swoje problemy i spróbować sobie z nimi radzić. DDA mogą to uczynić w trojaki sposób: poprzez terapię (indywidualną i/lub grupową), mityngi i używając róż-

54. Terapia indywidualna związana jest z pracą z psychoterapeutą nad wybraniem odpowiedniej strategii pomocy oraz zorientowanie się w oczekiwaniach pacjenta i wspólnym poszukiwaniu rozwiązań problemu. Jest szczególnie pomocna w przypadku osób posiadających duże obawy przed terapią w grupie. Osoba zostaje zakwalifikowana na terapię indywidualną po wstępnej konsultacji diagnostycznej. Terapia indywidualna jest, niestety, dostępna głównie w dużych miastach – w mniejszych znajdują się głównie ośrodki zajmujące się terapią osób uzależnionych od alkoholu. Niektórzy DDA korzystają również z pomocy

## Wiele razy zamiast cieszyć się z jakiegoś sukcesu, DDA wolą się zamartwiać, aby nie zapeszyć, aby szczęście ich nie opuściło. Wierzą, że taką postawą przyciągną również dobre rzeczy

w postaci terapii grupowej, gdzie dzięki wsparciu osób, które również posiadają podobne problemy, można odnaleźć sposób, aby rozwiązać swoje problemy, a z innymi nauczyć się żyć. Formą dłuższej pracy nad sobą są organizowane najczęściej raz w tygodniu mityngi. Ideą swoją przypominają mityngi AA. Praca na mityngach przebiega według programu 12 kroków. Można wyróżnić mityngi zarówno otwarte jak i zamknięte. W tych pierwszych

dorosłego, a który już we wcześniejszym artykule przywoływałem: „Trudne dzieciństwo nie usprawiedliwia – trudne dzieciństwo zobowiązuje”.

### Literatura:

1. Sobolewska Z.: Odebrane dzieciństwo, Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa 2000
2. Woititz J.: Dorosłe dzieci alkoholików, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1994
3. [www.dda.pl](http://www.dda.pl)

# MOJE WSPOMNIENIA

## z pracy w łódzkiej onkologii

cz. 1

Inspiracją do napisania swoich wspomnień z lat pracy na onkologii był artykuł, który przeczytałam w „Panaceum” (3/1997). Jest to praca profesora Jerzego Supady. Dla mnie były to bardzo ciekawe wiadomości, ponieważ interesuje mnie wszystko, co dotyczy mego miasta, a szczególnie jego przeszłość, w tym wypadku opis historii onkologii w Łodzi był mi bliski, bo sama całe swe zawodowe życie spędziłam najpierw w Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej, potem już w Ośrodku Onkologicznym jako pielęgniarka.

Pozwolę sobie zacytować fragmenty z pracy profesora Supady, który napisał: „W roku 1913 z inicjatywy pastora Grundlacha fabrykanci w osobach Matyldy i Edwarda Herbstów wyasygnowali na zakup radu 20 tysięcy rubli. W roku następnym dokonano zakupu 54 mg radu. Ostatecznie w 1918 roku Przychodnię dla Chorych na Guzy otwarto w Szpitalu Miejskim św. Aleksandra przy Palcowej 11. Jej kierownikiem został dr Stefan Sterling-Okuniewski”. W 1846 roku powstał pierwszy szpital w Łodzi pod wezwaniem św. Aleksandra, obejmował leczeniem wszystkie choroby ogólne z wenerycznymi włącznie. Od roku 1920 przekazany Kurii Biskupiej z przeznaczeniem na Seminarium Duchowe, które istnieje do dziś. Obecnie jest to ulica św. Stanisława Kostki, przedtem ulica Worcella. „Jednakże placówka ta istniała zaledwie kilka miesięcy. W styczniu 1926 roku powołany przy Oddziale Sanitarnym Magistratu m. Łodzi Sekcję do Walki z Rakiem. W kilka miesięcy potem m.in. jej staraniem, oddano do użyt-

ku w szpitalu św. Józefa przy ul. DREWNOWSKIEJ 25 pierwszy w mieście oddział chorych na raka, w którym dokonywano terapii radem. Oddział przetrwał do roku 1931”.

W roku 1927 powstaje Łódzkie Towarzystwo Zwalczania Raka. W 1929 roku otwarto w Łodzi Instytut Leczenia Radem i do 1939 roku zakupiono 250 mg radu. Gromadzeniem funduszy zajmowało się tzw. Koło Pań. Były to bogate panie ze sfer przemysłowo-handlowych, żony lekarzy i inne oddane sprawom społecznym. W roku 1936 w szpitalu Betleem przy ul. M. Curie-Skłodowskiej (szpital ten powstał w 1905 roku jako lecznica chirurgiczna i ginekologiczno-położnicza), wydzielono 15 łóżek dla chorych na raka. Już wtedy pomyślano o zapewnieniu opieki przewlekłe i nieuleczalnie chorym i z tą myślą utworzono oddział szpitalny w Miejskim Domu Starców i Kalek przy ul. Narutowicza 60 (dom ten z pomocą Łódzkiego Chrześcijańskiego Towarzystwa Dobroczynności powstał w 1897 roku, obecnie Collegium Anatomicum). W 1932 roku zorganizowano w Łodzi III Ogólnopolski Zjazd Przeciwrakowy. W roku 1937 utworzono pracownię badawczą w zakresie serologii, histologii i biochemii nowotworów.

Dla przypomnienia podaję, że Instytut Radowy w Warszawie powstał w 1932 roku i rad otrzymał w darze od Marii Skłodowskiej-Curie. Cena 1 grama radu wynosiła 60 tysięcy dolarów.

W czasach II Rzeczypospolitej Łódź była znaczącym ośrodkiem polskiej onkologii, którą niestety po drugiej wojnie światowej zlikwidowano. Do-

piero w latach 50. onkologia zaczęła pracować od początku. Nie było radu, aparaty rentgenowskie do naświetlań zużyte, kadra bez doświadczenia, wielu lekarzy i kadry medycznej nie przeżyło okupacji, chorzy z terenów wiejskich nie ubezpieczeni, społeczeństwo nie uświadomione, w związku z tym pacjenci zgłaszali się na onkologię w stanie, w którym niewiele można było im pomóc, ponieważ nowotwory były tak rozprzestrzenione z licznymi przerzutami i owrzodzeniami, że i obecnie nikt by sobie z nimi nie poradził. Nie brakowało jednak dobrych chęci, zapału i wielkiej serdeczności dla tych bardzo cierpiących ludzi.

Przeniesiono mnie służbowo ze szpitala im. H. Jordana przy ul. Przyrodniczej 7/9 z oddziału ginekologii operacyjnej do pracy w Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej przy ul. Lecznicznej 6. Miała to być lżejsza praca, nie na noc. Tłumy chorych, jakie prawie koczowały w korytarzu (obsługiwaliśmy wtedy dwa duże województwa: łódzkie i kieleckie i całe miasto Łódź) przeraziły mnie. W znacznej większości byli to ludzie biedni, ciężko chorzy z daleka, czasem bez możliwości powrotu tego samego dnia do domu, bo nie mieli żadnej komunikacji. Był to koniec lat 50. i głównie jeżdżono pociągami, nie było rozwiniętej komunikacji autobusowej.

Kierownikiem Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej był pan doktor Bogusław Krawczyk (1916 – 2006) – ginekolog, wspaniały człowiek jako lekarz i przełożony, chore koczowały na schodach, żeby się do niego dostać. O moim były kierowniku, potem docencie Krawczyku, przeczytałam we



wspomnieniach jednej z więzionych przez Niemców Polek w obozie przejściowym na Łąkowej. Wzruszający artykuł o młodym lekarzu, który z pełnym poświęceniem i dużą odwagą pomagał chorym dzieciom i kobietom przetrzymywanym tam w straszliwych warunkach sanitarnych i bytowych. Młodemu tuż po ukończeniu studiów w Poznaniu łodzianinowi – lekarzowi Bogusławowi Krawczykowi wiele osób zawdzięczało życie. Był to człowiek skromny i nigdy sam o tym nie mówił. W tej chwili ma 89 lat nie ma już sił nawet na nucenie znanych arii operowych, robił to zawsze, kiedy wchodził do gabinetu, trwało to chwilę, ale miło było posłuchać.

Dnia 2 maja 1953 roku staraniem dr Bogusława Krawczyka została otwarta Wojewódzka Poradnia Onkologiczna przy ul. Leczniczej 6. Były tam: gabinet chirurgiczny, ginekologiczny, zabiegowy, rejestracja, kancelaria, laboratorium i maleńki pokój, gdzie pracowało dwóch histopatologów, miejsce gdzie rozstrzygały się losy ludzkie, tam rozpoznawano, czy jest to nowotwór złośliwy czy łagodny i jaki jest to rodzaj. Od tego rozpoznania zależało m.in. sposób leczenia i rokowanie.

Następną i bardzo ważną dla mnie osobą, którą poznałam w nowej pracy, była pielęgniarka Danusia Gęsikowska. Była wzorem do naśladowania, miałam naprawdę wielkie szczęście, że jako młoda pielęgniarka byłam wprowadzana do naprawdę bardzo trudnej pracy, która była obciążająca nie tylko fizycznie ale i psychicznie przez taką mądrą, skromną, delikatną i wrażliwą osobę. Danusia bardzo wiele mnie nauczyła, cieszyła się wielkim szacunkiem, każdemu starał się pomóc, nawet dla lekarzy robiła tłumaczenia (znała kilka języków obcych), była bardzo uzdolniona, potrafiła każdego w pracy zastąpić a przy tym była bardzo pracowita. Parokrotnie zdawała na medycynę, ale nie została przyjęta, bo miała „złe pochodzenie” – pochodziła z bezpartyjnej rodziny lekarskiej, skwitowano odmowę tym, że dobre pielęgniarki też są potrzebne. Dla przykładu podam fakt, że kiedy

do Ośrodka Onkologicznego przybyła grupa lekarzy z Danii, to tylko Danusia była tłumaczem (znała duński). Byli tym tak zachwyceni, że zaprosili ją do siebie do Danii i tam zrobiła specjalizację pielęgniarki anestezyjologicznej.

Ponieważ w ostatnich latach mówi się bardzo źle o lekarzach i nie tylko, to miło wspomnieć, że w czasach, kiedy ja pracowałam takie sprawy się nie zdarzały. O lekarzach pracujących w Wojewódzkiej Poradni Onkologicznej mogę mówić tylko dobrze. Byli to z chirurgów: Eugeniusz Koszański, Ryszard Sosiński, Kazimierz Rybiński, Tadeusz Nagański. Potem doszli: Zbigniew Piotrowski i Janusz Hankiewicz. Ginekolodzy: Bogusław Krawczyk, Łucja Kamińska, Aurelia Ditkowska, Tadeusz Bojanowski, Włodzimierz Kuchowicz i Ewa Schmidt-Babińska. Histopatolodzy: Olga Mioduszevska i Leszek Woźniak. Niektórzy odeszli na zawsze, nieliczni zmienili miejsca pracy, wielu zdobyło doktoraty, kilku znacznie awansowało, jak np. profesor Leszek Woźniak, który został rektorem Akademii Medycznej.

W roku 1964 przenieśliśmy się na ul. Smugową. Tam mieliśmy do dyspozycji cały budynek, było przestronnie, ale chorych wciąż przybywało, z trudem mieścili się na korytarza. Było to Ambulatorium Ośrodka Onkologicznego. W tym czasie bowiem powstał Ośrodek Onkologiczny w Szpitalu im. dr. Ludwika Rydygiera przy ul. Sterlinga 13 w miejscu miejskiego szpitala. W latach 20. była to Klinika Położniczo-Ginekologiczna, przedtem prywatna. Po II wojnie światowej szpital przejęło miasto i mieściła się tu I Klinika Ginekologiczno-Położnicza Akademii Medycznej. Jest to niewielki budynek, zmieściły się w nim trzy oddziały: ginekologia, chirurgia i onkologia ogólna.

Przez pół roku pracowałam w tym szpitalu, ale była to za ciężka praca dla mnie, wprawdzie był tam tylko 5-godzinny dzień pracy, jednak nawet te kilka dyżurów nocnych w miesiącu było ponad moje siły, tym bardziej, że w nocy była na zmianie tylko jedna pielęgniarka na cały szpital. Po wyjściu

z pracy byłam tak słaba, że się zataczałam idąc do przystanku tramwajowego. Szczególnie wyczerpująca była praca bezpośrednio przy radzie, nie każdy może pracować w środowisku promieniowania jonizującego.

Tuż przed powstaniem Ośrodka Onkologicznego przyjęto na onkologię wysokiej klasy specjalistę onkologa dr Eugeniusza Studenckiego. Przez wiele lat był niezastąpiony. Mogę tak napisać, bo przez około 30 lat w każdy poniedziałek byłam obecna na konsultacjach, którym przewodniczył dr Studencki. Zbierali się wtedy specjaliści z różnych dziedzin medycyny i radzili nad najtrudniejszymi przypadkami tej groźnej choroby. Byłam pełna podziwu dla Jego rozległej i głębokiej wiedzy. Bardzo wiele zawdzięczają Mu chorzy i lekarze, których wielu wykształcił w tej trudnej specjalności. Sam niestety odszedł, gdyby nie zrujnowane zdrowie mógłby jeszcze wielu ludziom pomóc.

Wspaniałym człowiekiem, lekarzem i chirurgiem był pan dr Janusz Hankiewicz, skromny, pracowity z każdym przypadkiem potrafił sobie poradzić. Nie raz byłam świadkiem, że chory był wożony ze szpitala do szpitala, wreszcie kierowany na onkologię i okazywało się, nie niepotrzebnie – dla dr Hankiewicza sprawa była prosta, po udzieleniu właściwej pomocy chory wracał do domu, choć był chirurgiem miękkim, znał się doskonale na ortopedii i paru innych dziedzinach. Ten doświadczony chirurg nie sugerował się nieraz mylnymi diagnozami, sam podejmował decyzje i zawsze trafnie. Miałam wielkie szczęście pracować przez około 20 lat z takim człowiekiem, miał szacunek dla wszystkich ludzi, w stosunku do chorych był jak ojciec, nieraz jak przyjaciel, zawsze z poczuciem humoru, chociaż sam chory na serce nigdy nie narzekał. Zmarł w drodze z pracy do domu w tramwaju. Dla wszystkich był to szok.

Maria Dziordzińska  
emerytowa pielęgniarka  
ośrodka onkologicznego



# Muzykoterapia w opiece paliatywnej

Muzykoterapia w opiece paliatywnej podejmuje jedno z najtrudniejszych zadań, a mianowicie daje nadzieję tym, którym medycyna nie może już przywrócić zdrowia

By ją dobrze stosować trzeba zrozumieć potrzeby ludzi cierpiących, dla których łagodzenie dolegliwości bólowych jest ważną, ale nie jedyną potrzebą. Stąd konieczność udzielania szeroko pojętego wsparcia, podtrzymywania w chorych poczucia nadziei i godności. Dzięki temu ich odchodzenie z terażniejszości ma szansę stać się nie tylko dla nich, ale i ich bliskich etapem życia możliwie najwartościowszym. Wymaga to niewątpliwie wielokierunkowych działań specjalistycznych zmierzających do łagodzenia objawów choroby, cierpienia psychicznego i duchowego, oraz wspomagania rodzin, które muszą zmierzyć się z chorobą, śmiercią i osieroceniem. Trzonem tej opieki są pielęgniarki, ale jak ważne jest, aby muzykoterapeuci, którzy oprócz wiedzy, kierowali się również empatią, cierpliwością, umiejętnością komunikacji pozwalającą poznać pacjenta i właściwie im pomóc w tym ostatnim okresie życia. Ideą opieki paliatywnej jest towarzyszenie nieuleczalnie choremu, a muzykoterapia to forma pomocy. To najtrudniejsze zadanie jakie stoi przed muzykoterapeutą w codziennej pracy, którą podjął w oddziale opieki paliatywnej. Każdy cierpiący człowiek jest, bowiem indywidualnością, kiedy trafia pod opiekę muzykoterapeuty ma już za sobą багаż doświadczeń, zazwyczaj

złych i trudnych. Przy człowieku umierającym trzeba po prostu być – bez pośpiechu i zniecierpliwienia. Najgorszą z możliwych rzeczy jest pozostawienie go samemu sobie, a chyba najtrudniej jest mu się pogodzić z sytuacją, gdy opiekunowie zapominają jak ważne jest by swoich najbliższych odwiedzać, ale być autentycznie, a nie przychodzić po to, aby zagłuszyć wyrzuty sumienia.

Analizując literaturę w zakresie roli muzykoterapii w opiece paliatywnej można sformułować następujące spostrzeżenia:

1. Muzykoterapia jest formą kreatywnej terapii pozwalającą niwelować napięcie emocjonalne, obniża poziom nieodłącznie towarzyszącego stresu emocjonalnego u osób z chorobą nowotworową i sprzyja relaksacji.

2. Chorzy objęci opieką paliatywną mają potrzebę odwrócenia uwagi od negatywnych skutków choroby na rzecz przywracania nadziei.

3. Muzykoterapia nie jest powszechną metodą terapeutyczną u chorych terminalnych.

4. Terapia muzyką pozwala pacjentom wyrazić własne emocje w sposób niewerbalny i konstruktywny.

5. Profesjonalny sposób prowadzenia muzykoterapii w połączeniu z masażem ma pozytywny wpływ na stan bio-psycho-społeczny chorego.

## Idea i podstawy muzykoterapii

Muzykoterapia jest metodą, zaplanowanym sposobem działania, który wykorzystuje wieloraki wpływ muzyki na ustrój psychofizyczny człowieka.

Podział muzykoterapii:

a) kliniczna:

– przeznaczona dla ludzi chorych, jej działania są częścią leczenia kompleksowego i zmierzają do uzyskania konkretnych efektów leczenia,

b) profilaktyczna:

– aktywna, wymagająca od człowieka współdziałania. Odbiorca muzyki jest też twórcą poprzez odtwarzanie najprostszych elementów muzycznych: rytmu, melodii, tempa, ruchu przy muzyce itp.

– receptywna: pozornie bierny odbiór muzyki, nie wymagający od człowieka uzewnętrzniania swych umiejętności muzycznych ani innych objawów reagowania na muzykę. Umiejętnie dobrana muzyka. Wycisza negatywne emocje i pozytywnie pobudza.

Rodzaje muzyki wykorzystywane w muzykoterapii: utwory marszowe, popularne szlagiery, spokojne, melodyjne piosenki lub utwory instrumentalne, muzyka poważna, jazz nowoczesny, muzyka hinduska.

Seansy muzykoterapeutyczny trwa około 45 minut i dzieli się na ściśle wiążące ze sobą fazy.

Fazy muzykoterapii i jej cele:

1. Odreagowanie – klaskania, tupanie, podskoki, gesty, krzyk.

Cel: zmniejszenie napięcia psychicznego

2. Zrytmizowanie – klaskanie, wykonywanie rytmicznych ruchów ciałem, maszerowanie.

Cel: pogłębienie „odreagowania”, przy równoczesnym „uporządkowaniu” i zintegrowaniu grupy przez wytworzenie poczucia wspólnoty.

3. Uwrażliwienie:

– I wersja – samodzielna gra na prostych instrumentach,

– II wersja – wyrażenie ruchem, gestem różnych stanów emocjonalnych ilustrowanych przez muzykę.

Cel: uwrażliwienie na dynamikę, tempo, rytm itp.

4. Relaksacja: ćwiczenia oddechowe w pozycji leżącej lub siedzącej.

Cel: Pogłębienie odprężenia fizycznego i psychicznego.

5. Aktywizacja – łagodna lub dynamiczna:

– łagodna – spokojne ćwiczenia w pozycji leżącej, przechodzenie do pozycji stojącej przez siad;

– dynamiczna – ćwiczenia w tempie (mini aerobik).

6. Zakończenie – rozmowa na temat odbytych zajęć, odczuć, wrażeń.

Główne formy muzykoterapii

1. Bierna – odtwarzanie uprzednio specjalnie przygotowanej muzyki dla uzyskania uspokojenia, odwrócenia uwagi i zorganizowania czasu wolnego. Przykładem muzykoterapii biernej jest koncert rekreacyjny. Jest to nieco dłuższa forma. Istotą tego koncertu jest uporządkowany wg klucza (od niepokoju do relaksu i aktywizacji) układ jednorodnych emocjonalnie utworów mających spowodować odprężenie, uporządkowanie, równowagę i aktywność.

2. Aktywna – jest to czynne muzykowanie na prostych instrumentach perkusyjnych. Są to zajęcia zabawo-rytmiczne przy aktywnym współudziale człowieka tj. ruchowe tworzenie muzyki, malowanie muzyki, rytmiczne tworzenie muzyki. Jest to również przerywnik muzyczno-ruchowy, jest

to układ kilku ćwiczeń, które ułatwiają wyciszenie emocji:

– naprzemienne podskoki w parach lub indywidualne na jednej nodze lub obunóż,

– naśladowanie ruchów, mimiki w parach,

– rytmiczne wymachy rąk i nóg „pajacyk”,

– rytmiczne, naprzemienne przysiady w parach (rozwijanie zaufania),

– płynne ruchy całego ciała (motyl, ptak, wąż) itp.

Dla urozmaicenia stosuje się zagadki muzyczne i dźwiękowe.

### **Wpływ muzyki na ludzki organizm**

Muzyka jest ściśle związana egzystencją człowieka. Jej fenomen tkwi w funkcji komunikacyjnej, w tym, że spośród innych gatunków sztuki działa mocniej emocjonalnie i bardziej pierwotnie na organizm człowieka. Na muzykę składają się takie elementy jak: metrum, rytm, tempo, dynamika, forma, melodia, barwa i harmonia, wszystkie te elementy wprowadzają pewien porządek, ład wewnętrzny, mogą być źródłem, a zarazem regulatorem energii i emocji, możliwym dzięki zmianom fizjologicznym jakimi zachodzą pod wpływem muzyki. H. Janiszewski wyjaśnia, że „reakcje emocjonalne na bodźce muzyczne manifestują się uaktywnieniem motoryki, wywołują w organizmie zmiany wewnętrzne, uwidaczniające się w pomiarach tętna, zmianach ciśnienia tętniczego krwi, pracy serca, reakcjach skórnych, parametrów oddychania i innych”. Oprócz w/tętniczego zmian, na podstawie szczegółowych badań somatycznych stwierdzono w czasie słuchania muzyki podwyższone napięcie mięśniowe, a w czasie śpiewu zmiany w przemianie materii, układzie pokarmowym oraz krążeniowym i oddechowym.

„Muzyka jest przede wszystkim rytmem, którego naturalnym przedłużeniem jest system rytmiczny człowieka”. Serce bije w swoim rytmie wyrzucając przy tym do naczyń krwiono-

śnych litry krwi, w naturalnym rytmie kurczą się mięśnie człowieka, swój rytm ma również przewodnictwo nerwowe. Dzięki muzyce, jej oddziaływaniu na układ somatyczny człowieka można „manipulować” zmianami korygując w ten sposób nieznaczne nieprawidłowości obecne w układzie krążeniowym, oddechowym, mięśniowym, wspomagając w ten sposób proces leczenia.

Kolejną ważną funkcją muzyki jest łagodzenie lęków i towarzyszących im nieprzyjemnych i szkodliwych zjawisk (pocenie się, tiki, drżenie rąk itp.) W leczeniu chirurgicznym wyciszenie lęku sprawia, że pacjentom przed operacją wystarcza mniejsza dawka narkozy, a po operacji potrzebują oni mniej środków przeciwbólowych, pacjentom tym szybciej goją się rany.

### **Rola muzykoterapeuty w opiece paliatywnej**

Muzykoterapeuta odgrywa bardzo ważną rolę dla człowieka w terminalnej fazie choroby, ponieważ pomaga zapomnieć o przytłaczającej rzeczywistości spowodowanej postępującą chorobą nowotworową. Pełni ona funkcję łącznika wspomagającego działania całego zespołu interdyscyplinarnego: lekarzy, pielęgniarek, pracownika socjalnego, psychologa, kapelana, rehabilitanta oraz wolontariuszy, ponieważ w znaczący sposób urozmaica i podwyższa, jakość swoich świadczeń wykorzystując elementy muzykoterapii.

Zespół medyczny jest w stanie zapewnić pacjentowi pełną opiekę medyczną tj.: farmakologiczną, chirurgiczną, pielęgnacyjną i psychologiczną, ale nie jest w stanie zapewnić mu pełnej opieki duchowej. Dzięki cennym właściwościom leczniczym muzyki i jej wpływowi na stan psycho-fizyczny, można otworzyć choremu inne spojrzenie na teraźniejsze życie, a muzykoterapeuta jest profesjonalistą w tej dziedzinie.

Jest on przy pacjencie od momentu rozpoczęcia terapii do chwili jej zakończenia, psycholog pełni podobną

rolę do muzykoterapeuty, lecz znajduje się dopiero w momencie, gdy pacjent jest już w bardzo złym stanie psychicznym.

W odniesieniu do pacjenta muzykoterapeuta pełni funkcje: terapeutyczną, rehabilitacyjną, edukacyjną, psychologiczną i opiekuńczą.

– życzliwa obecność i duchowe towarzyszenie.

Już samo bycie z chorym stwarza miłą i pełną zaufania atmosferę, która oddziałuje na jego samopoczucie i zachowania wynikające z choroby: znużenie, zmęczenie, krzyk, płacz.

Okazywanie przez muzykoterapeutę troski i ciepła poprzez wspólne słuchanie muzyki, rozmowę, dotyk, otwiera bardzo bliską więź między pacjentem a muzykoterapeutą. Dzięki temu u chorego wytwarza się spokój wewnętrzny i optymizm do dalszych działań muzykoterapeutycznych (zachęcanie rodziny chorego do udziału w zajęciach).

– komunikacja muzyką

Stan pacjenta powoduje brak chęci robienia czegokolwiek, a muzykoterapia przeciwdziała takiej bezczynności rozwijając potencjał twórczy w celu podniesienia, jakości życia szczególnie w chorobie nowotworowej. Muzykoterapeuta wprowadza techniki projekcyjno-wyobrażeniowe, które uruchamiają u pacjentów mechanizmy projekcji, czyli rzutowania własnych cech na muzykę. Pomaga to w dotarciu do nieuświadomionych i tłumionych emocji przez odreagowanie napięć wewnętrznych, dzięki czemu chory odczuwa odprężenie, np.: gra na instrumentach. Do technik typowo muzykoterapeutycznych można dołączyć elementy

innych form terapii np.: przez sztukę (rysowanie, malowanie do muzyki, pisanie wierszy lub tekstów piosenek, jak również czytanie z podkładem muzycznym). Ta forma stosowana jest w zależności od potrzeb chorego.

– oddziaływanie muzyki na stan psycho-fizyczny pacjenta

W opiece paliatywnej dobór muzyki do terapii zależy od upodobań muzycznych pacjenta, ponieważ możliwość decydowania przez niego o doborze utworu, głośności odtwarzania, długości trwania czy wyborze instrumentu, pomaga odzyskać utraconą kontrolę nad własnym życiem z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej. Pacjent słuchając ulubionej melodii opiera się na historii swojego życia, dzięki temu wyraża samego siebie umacniając przy tym swoją tożsamość. Miłe wspomnienia i skojarzenia wywołane przez muzykę łagodzą dolegliwości psycho-fizyczne poprzez odwrócenie uwagi od choroby. Takie wyrażanie emocji powoduje u pacjenta rozluźnienie, obniżenie poziomu lęku i bólu, osłabienie depresji i duszności związanych z chorobą.

### Podsumowanie

Pacjenci objęci opieką paliatywną oczekują pomocy w radzeniu sobie z negatywnymi emocjami, a muzykoterapia jako forma kreatywna niweluje napięcie emocjonalne i obniża poziom stresu u chorych z chorobą nowotworową oraz sprzyja relaksacji.

W obecnej chwili można już stwierdzić, że muzyka izoluje pacjenta od negatywnych czynników zewnętrznych, na które nie ma wpływu, ponieważ

przyciąga swoim pięknem uwagę, która jakby każe koncentrować się na melodii zapominając o bólu, cierpieniu i innych dolegliwościach wynikających z choroby nowotworowej, doprowadzając jednocześnie do niezwykłych przeżyć wewnętrznych, przenosząc ich w świat dźwięków. Chorzy, żyjący z piętnem choroby nowotworowej mają potrzebę odwrócenia uwagi od negatywnych skutków choroby na rzecz przywracania nadziei, jednak muzykoterapia nie jest jak dotychczas powszechną metodą terapeutyczną. Terapia muzyką ma swoje głębokie uzasadnienie wypływające z powszechnego zapotrzebowania u chorych przewlekłe i terminalnie, gdyż dostarcza im niewyraźnych przeżyć wewnętrznych. Wyrażenie własnych emocji w sposób niewerbalny i konstruktywny nie zawsze było możliwe do osiągnięcia, ponieważ większość badań było przeprowadzone w warunkach szpitalnych, które nie sprzyjały upustowi negatywnych emocji w formie oczyszczającego płaczu.

W początkowej fazie choroby dominuje stres emocjonalny, który odtąd staje się nieodłącznym, choć nieproszonym towarzyszem osoby chorej i jej najbliższych. Ma to istotne znaczenie w dalszej ich egzystencji.

Muzykoterapia to swoisty klucz do ich duszy, umiejętności otworzenia się tej drugiej osoby. Jest tak unikatową formą w naszym społeczeństwie, że pacjenci odbierają ją jako szczególnie przejaw troski o chorego.

Literatura u Autorki

Marika Pryczek  
studentka II roku trybu stacjonarnego

## Z żałobnej karty

Z głębokim żalem pożegnałyśmy przyjazną wszystkim koleżankę

### Jadwigę Ślemp

która związana była z Zespołem Opieki Zdrowotnej w Zgierzu w latach 01.06.1953 – 31.03.1982.  
Odeszła od nas 15.10.2009 roku.

Była zawsze ciepła, uśmiechnięta i życzliwa ludziom.

Z wielkim zaangażowaniem udzielała się w OIPIP w rejonie łódzkim.

Na zawsze pozostanie w naszej pamięci.