

# Z teorii pielęgniarstwa

„Pielęgniarstwo jako słowo jest koncepcją filozoficzną, sugerującą troskliwość (miłość), delikatność/ miękkość. Ludzie przypisują jednak temu słowu różne znaczenia. W tej koncepcji pielęgniarstwo ma charakter dynamiczny i zmienny. Dla mnie pielęgniarstwo w najogólniejszym znaczeniu obejmuje wiedzę, myślenie, wartości, filozofię, zaufanie i akcje podejmowane z wyraźną pasją. Transakcje ludzkiej troskliwości oraz intersubiektywny osobisty ludzki kontakt ze światem, przeżywanym przez doświadczające go osoby, wymagają wiedzy, wartości, podejmowania działań i pasji.”

J. Watson

„Ludzie rodzą się, żyją, chorują i umierają zgodnie z systemem wierzeń i praktyk kulturowych, ale w swoim wzrastaniu i przeżywaniu są zależni od ludzkiej troskliwości”.

M. Leininger

## W numerze:

Biuletyn 11/2009

1 listopada 2009 roku

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 ..... Plan szkoleń prowadzonych przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych na 2010 rok
- 3 ..... **Sprawozdania z konferencji:**  
39 Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów i Sekcji Pielęgniarstwa
- 5 ..... „Między trzosem a etosem”
- 6 ..... „Zagrożenia na stanowiskach pracy pielęgniarki”
- 7..... Stosowanie praktyczne rurki krtaniowej w medycynie ratunkowej
- 8 ..... **Okiem psychologa**  
Dobra rozmowa
- 10 ..... **Rozstrzygnięcie konkursu cd.**  
**„Autorytet pielęgniarki i położnej – blaski i cienie”:**  
Można tego dokonać...
- 12 ..... Co ja o tym myślę?
- 15 ..... Pielęgniarki są niedoceniane
- 16 ..... Podziękowania
- 17 ..... Dorosłe dzieci alkoholików (DDA)
- 19 ..... Witamina D – najnowsze doniesienia
- 23 ..... **Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna:**  
Kampania Pola Nadzei w Łodzi
- 25 ..... Życie jest darem... Godna śmierć prawem każdego człowieka
- 27 ..... Z żałobnej karty
- 28 ..... Kącik biblioteczny

### Wyjaśnienie

Redakcja Biuletynu przeprosza Panią Marię Cianicarę – autorkę artykułu „Szczepienia ochronne” (sprawozdanie z konferencji) opublikowanego w numerze 7–9/2009 za samowolne umieszczenie zdjęcia przedstawiającego fragment techniki szczepienia ochronnego. Zamieściliśmy to zdjęcie z myślą o wzbogaceniu szaty graficznej naszego miesięcznika, jednak osoba szczepiąca na tym zdjęciu jest bez rękawic ochronnych, co nie jest zgodne z obowiązującymi przepisami. Szczepimy zawsze w rękawiczkach ochronnych!!!  
Redakcja Biuletynu

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

**Adres redakcji:** 90-406 Łódź, ul. Piotrkowska 17  
tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

**Redaktor Naczelna:** mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.

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

**Skład:** OIPIP – Agnieszka Wypych

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

# Plan szkoleń prowadzonych przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych na 2010 rok

## **SPECJALIZACJA W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA I INTENSYWNEJ OPIEKI**

kontynuacja specjalizacji rozpoczętej w 2009 roku  
z środków WCZP

sesje:

1. od 11 stycznia do 15 stycznia (teoria)  
od 18 stycznia do 22 stycznia (staż)
2. od 8 lutego do 12 lutego (teoria)  
od 15 lutego do 19 lutego (staż)
3. od 8 marca do 19 marca (staż)
4. od 12 kwietnia do 23 kwietnia (staż)
5. od 10 maja do 21 maja (staż)
6. od 15 czerwca do 25 czerwca (staż)
7. od 19 lipca do 31 lipca (staż)
8. od 23 sierpnia do 27 sierpnia (staż + zajęcia  
z informatyki dla grupy I)
9. od 20 września do 24 września (staż + zajęcia  
z informatyki dla grupy II)
10. od 25 października do 29 października (staż +  
zajęcia z informatyki dla grupy III)
11. od 15 listopada do 19 listopada (staż + zajęcia  
z informatyki dla grupy IV)
12. od 13 grudnia do 17 grudnia (staż + zajęcia  
z informatyki dla grupy V)

## **SPECJALIZACJA W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA ONKOLOGICZNEGO**

kontynuacja specjalizacji rozpoczętej w 2009 roku  
z środków WCZP

sesje:

13. od 18 stycznia do 22 stycznia (teoria)
14. od 15 lutego do 19 lutego (teoria)
15. od 8 marca do 12 marca (teoria)  
od 15 marca do 19 marca (staż)
16. od 12 kwietnia do 16 kwietnia (teoria + zajęcia  
z informatyki dla grupy I)  
od 19 kwietnia do 23 kwietnia (staż)
17. od 17 maja do 21 maja (teoria + zajęcia  
z informatyki dla grupy II)  
od 24 maja do 28 maja (staż + zajęcia z informatyki dla  
grupy III)

18. od 14 czerwca do 18 czerwca (staż + zajęcia  
z informatyki dla grupy IV)

19. od 19 lipca do 31 lipca (staż)
20. od 23 sierpnia do 27 sierpnia (staż)
21. od 20 września do 24 września (staż)
22. od 25 października do 29 października (staż)
23. od 15 listopada do 19 listopada (staż)
24. od 13 grudnia do 17 grudnia (staż)

## **SPECJALIZACJA W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA I INTENSYWNEJ OPIEKI**

nowa edycja specjalizacji  
składanie dokumentów do 15 stycznia 2010 roku

sesje:

25. od 15 marca do 19 marca (teoria)
26. od 19 kwietnia do 23 kwietnia (teoria)
27. od 24 maja do 28 maja (teoria)
28. od 21 czerwca do 25 czerwca (teoria)
29. od 12 lipca do 16 lipca (teoria)
30. od 23 sierpnia do 27 sierpnia (staż z badania  
fizykalnego)
31. od 20 września do 24 września (teoria)
32. od 18 października do 22 października (teoria)
33. od 22 listopada do 26 listopada (teoria – koniec  
B.O.)
34. od 13 grudnia do 17 grudnia (teoria – początek  
B.S.)

## **KURS SPECJALISTYCZNY Z ZAKRESU: RESUSCYTACJA KRAŻENIOWOODDECHOWA**

- 1 edycja: od 26 kwietnia do 14 maja
- 2 edycja: od 8 listopada do 26 listopada

## **KURS SPECJALISTYCZNY Z ZAKRESU: WYKONANIE I INTERPRETACJA ZAPISU EKG**

- 1 edycja: od 7 czerwca do 25 czerwca
- 2 edycja: od 6 września do 24 września ■

Katarzyna Olczak

# 39 Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów i Sekcji Pielęgniarstwa

W dniach od 17 do 20 września 2009 roku w Mikołajkach odbył się 39 Zjazd Polskiego Towarzystwa Neurochirurgów i Sekcji Pielęgniarstwa PTNCh z udziałem Greckiego Towarzystwa Neurochirurgicznego.

Jednocześnie odbywały się sesje pielęgniarskie i lekarskie. Sesja pielęgniarska pt.: „Wybrane aspekty opieki nad pacjentem neurochirurgicznym” była podzielona na pięć różnorodnych tematycznie części. Prelegenci przedstawiali wyłącznie prace naukowe.

Blok pierwszy zawierał tematy:

- Holistyczne podejście do pacjenta obejmujące postępowanie neurochirurgiczne, opiekę pielęgniarską i fizjoterapeutyczną- celem optymalizacji leczenia guzów wewnątrzkanalowych kręgosłupa.
- Pielęgnowanie pacjentów z krwotokiem podpajęczynówkowym z tętniaka w okresie przedoperacyjnym.
- Zapotrzebowanie na opiekę pielęgniarską u chorych po operacyjnym leczeniu tętniaka naczyń mózgowych.
- Zadania pielęgniarki wobec pacjenta po wszczęciu stymulatora struktur nerwowych.
- Biopsja stereotaktyczna – zadania pielęgniarki.
- Śródoperacyjna ocena stanu chorego leczonego neurochirurgicznie w pozycji siedzącej.

Blok drugi zawierał tematy:

- Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjenta z urazem czaszkowo-mózgowym w oparciu o zindywidualizowaną opiekę. Analiza przypadku.
- Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po usunięciu guza przysadki metodą przezklinową.
- Problemy terapeutyczne w opiece nad chorym z guzem kąta mostowo-mózdkowego.
- Opieka nad dzieckiem po zabiegu operacyjnym guza stoku oraz złącza czaszkowo-szyjnego na poziomie kręgów C1-C2, opis przypadku.
- Zakażenia układu zastawkowego i płynu mózgowo-rdzeniowego u dzieci leczonych z powodu wodogłowa.

Blok trzeci zawierał tematy:

- Zespoły bólowe u chorych po operacjach stabilizacji kręgosłupa lędźwiowego.

- Ocena jakości życia chorych leczonych cementoplastyką po złamaniu trzonów kręgosłupa.
- Problemy emocjonalne pacjentów hospitalizowanych w oddziale neurochirurgii
- Przekonania na temat kontroli bólu oraz strategie radzenia sobie z bólem w grupie pacjentów leczonych na oddziale neurochirurgii z powodu schorzeń kręgosłupa.

Blok czwarty zawierał tematy:

- Jakość opieki świadczonej w oddziale neurochirurgicznym z perspektywy pielęgniarek
- Dlaczego jakość opieki jest ważna na oddziale neurochirurgicznym?
- Ocena jakości opieki pielęgniarskiej na oddziale neurochirurgii
- Satysfakcja z usług medycznych na oddziale neurochirurgii.
- Ocena poziomu satysfakcji z opieki pielęgniarskiej pacjentów hospitalizowanych na oddziale neurochirurgii.
- Współpraca pielęgniarki w opiece nad dzieckiem z guzem tylnej jamy czaszki w opinii rodziców.

Blok piąty zawierał tematy:

- Czynniki ergonomiczne i fizyczne w pracy pielęgniarki operacyjnej podczas instrumentowania przy stabilizacji transpedikularnej Aesculap S4.
- Pielęgniarstwo transkulturowe na przykładzie emigracji polskich pielęgniarek
- Wdrażanie partnerskiego modelu lekarz/pielęgniarka /rehabilitant/pacjent we wczesnym okresie poopercyjnym
- Analiza zakażeń szpitalnych u pacjentów leczonych w Klinice Neurochirurgii i Neurochirurgii Dziecięcej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie.

Przedstawiane prace z Łodzi to:

1. Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi, Oddział Neurochirurgii i Onkologii CUN

Autorzy: B. Wlazlik, A. Smolarek, A. Placheta, E. Biskupska. Temat: Pielęgowanie pacjentów z krwotokiem podpajęczynówkowym z tętniaka w okresie przedoperacyjnym.

#### 2. SK im. WAM Łódź

Autorzy: I. Żurecka-Sobczak, M. Bartosik

Temat: Postępowanie pielęgniarskie wobec pacjenta z urazem czaszkowo-mózgowym w oparciu o zindywidualizowaną opiekę. Analiza przypadku.

Prelegentki w swoich wystąpieniach zawarły najnowsze standardy postępowania z pacjentem przyjętym do oddziału neurochirurgicznego. Wyraźnie zaznaczono również holistyczne podejście w opiece nad chorym hospitalizowanym z powodu wystąpienia objawów czaszkowo-mózgowych.

#### 3. SK im. WAM Łódź

Autorzy: M. Bartosik, I. Żurecka-Sobczak

Temat: Czynniki ergonomiczne i fizyczne w pracy pielęgniarki operacyjnej podczas instrumentowania przy stabilizacji transpedikularnej Aesculap S4.

Praca wykazała, na jakie realne obciążenia fizyczne jest narażana instrumentariuszka pracująca na bloku neurochirurgicznym przy wyżej wymienionym zabiegu. Istnieje wiele czynników, które mają wpływ na prace pielęgniarki operacyjnej i sprawiają, że jest ona obciążeniem dla zdrowia kobiety.

#### 4. SK im. WAM Łódź

Autorzy: I. Żurecka-Sobczak, M. Bartosik

Temat: Pielęgniarstwo transkulturowe na przykładzie emigracji polskich pielęgniarek

Zawarta w pracy problematyka wielokulturowości w dobie emigracji zawodowej pielęgniarek to temat wyjątkowo aktualny. Nowoczesny model nauczania zawodu oraz praktyka zawodowa coraz częściej zwraca uwagę na różnice kulturowe odróżniające pacjentów.

5. Oddział Kliniczny Neurochirurgii WSS im. Kopernika w Łodzi

Autorzy: D. Szymańska, M. Kolasa, P. Kolasa

Temat: Jakość życia pacjentów po operacji szyjnej.

Wynikiem pracy jest ocena samodzielności i satysfakcji z życia u pacjentów poddanych zabiegom na kręgosłupie szyjnym.

\*

W dniu 18 września 2009 roku odbyło się Walne Zgromadzenie Sekcji Pielęgniarswa PTNCh pod przewodnictwem pani dr R. Lorencowicz.

Spotkanie miało charakter sprawozdawczo-wyborczy. Omówiono pracę sekcji w ciągu minionej kadencji oraz przeprowadzono wybory do nowego zarządu.

W skład zarządu weszli: przewodnicząca: mgr Marta Przybycień, wiceprzewodnicząca: mgr Renata Gryszko, skarbnik: mgr Elżbieta Wesołowska, sekretarz: Alina Kotara. Członkowie Zarządu: mgr Lidia Andrzejewska, mgr Agnieszka Smolarek.

Komisja rewizyjna: dr Regina Lorencowicz, mgr Beata Parzyszek, mgr Urszula Stachera.

W trakcie zjazdu panowała bardzo miła atmosfera. Przedstawione prace charakteryzowały się wysokim poziomem merytorycznym. Omawiane tematy poddawane były burzliwym dyskusjom.

Olbrzymią przyjemnością było uczestnictwo w zjeździe nie tylko ze względu na jego program, ale i urokliwość Mikołajek, które pozwoliły uczestnikom nacieszyć się pięknem okolicznej przyrody. ■

Katarzyna Olczak

członek Komisji Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego

## Warsztaty edukacyjne dla pielęgniarek i położnych

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych uprzejmie zaprasza pielęgniarki i położne na kolejne warsztaty edukacyjne. W programie warsztatów m.in:

**„Zapobieganie infekcjom górnych dróg oddechowych u niemowląt i małych dzieci”**

**„Powikłania pieluszkowego zapalenia skóry”**

Warsztaty odbędą się w dniu **16 grudnia 2009 roku** na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17, w godzinach 10.30 – 13.00 (II piętro, duża sala).

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

Decyduje kolejność zgłoszeń. Liczba miejsc ograniczona.

Wszyscy uczestnicy otrzymają certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu, skrypty tematyczne oraz interesujące materiały promocyjne.

Halina Pietrzak

# „Między trzosem a etosem”

## XII Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej

W dniach od 21 do 23 września 2009 roku odbyła się w Toruniu pod patronatem honorowym Prezydenta Miasta Torunia – Michała Zaleskiego oraz generalnego sponsora – Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych SA – XII Międzynarodowa Konferencja Opieki Długoterminowej pod hasłem „Między trzosem a etosem”.

Program konferencji obejmował zagadnienia, które przedstawili prelegenci:

– prof. dr hab. Anna Izabela Brzezińska (Instytut Psychologii Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu): „Jak być dobrym opiekunem”, „Opiekunowie i ich zasoby w opiece długoterminowej”,

– Małgorzata Wojciechowska, Agnieszka Walbińska-Siergiej (Instytut Psychologii Uniwersytetu im. A. Mickiewicza w Poznaniu): „Obraz późnej dorosłości w różnych pokoleniach osób dorosłych”;

– dr Barbara Czerna (Rzecznik Prasowy Polskiego Towarzystwa do Badań nad Rakiem Piersi): „Dlaczego etyka troski jest opłacalna?”;

– prof. dr hab. Roman Ossowski (Instytut Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy): „Natura niesamodzielnosci osób w opiece długoterminowej”;

– Elżbieta Pożarowska (Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Centrum Onkologii w Warszawie): „Wypalenie zawodowe w opiece długoterminowej”;

– prof. dr hab. Heinz Rothgaug (Centrum Polityki Społecznej Uniwersytetu Bremeu): „Wady i zalety ubezpieczeniowej metody finansowania opieki długoterminowej na przykładzie Niemiec”;

– prof. dr hab. Piotr Błędowski (Instytut Gospodarstwa Społecznego, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie): „Finansowanie opieki długoterminowej ze środków publicznych – kaprys czy konieczność”;

– dr Barbara Więckowska (Katedra Ubezpieczenia Społecznego, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie): „Problemy finansowania opieki długoterminowej w wybranych krajach”;

– dr n. med. Katarzyna Szczerbińska (Instytut Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum w Karakowie): „Organizacja współpracy pomiędzy pionierami opieki długoterminowej”;

– dr n. med. Beata Wojszel (Klinika Geriatrii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku): „Zaspokojenie potrzeb zdrowotnych osób niesamodzielnych w środowisku zamieszkania (na przykładzie osób późnej starości);

– prof. dr hab. Barbara Szatur (Polskie Towarzystwo Gerontologiczne): „Prawa osób starszych w Polsce”;

– doc. dr hab. Tadeusz Parnowski (Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie): „Prawne i moralne problemy opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi”;

– mgr Hubert Czupała (Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Śremie): „Rehabilitacja w długoterminowej opiece osób chorych psychicznie”;

– dr Agnieszka Borzym (II Klinika Psychiatryczna IPiN): „Stany nagłe u chorych z zaburzeniami psychicznymi w opiece długoterminowej”.

Biorąc udział w Toruńskich Dniach Opieki Długoterminowej mogliśmy poznać stanowisko przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

W celu zapewnienia profesjonalnej opieki wszystkim tym, którzy jej potrzebują Toruńskie Zakłady Materiałów Opatrunkowych SA wspólnie z Europejskim Centrum Edukacji w Opiece Długoterminowej, powołały do życia Szkołę Policealną dla Opiekunów Medycznych w Toruniu. Szkoła kształci fachowych opiekunów medycznych, którzy oprócz szerokiej wiedzy teoretycznej zdobywają doświadczenie praktyczne w renomowanych ośrodkach ochrony zdrowia i opieki długoterminowej.

Prezes Zarządu Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych SA – Jarosław Józefowicz – podziękował za udział i zaangażowanie we wspólnym określeniu kierunków rozwoju opieki długoterminowej oraz ma wielką nadzieję na podniesienie jakości usług świadczonych na rzecz osób najstarszych – niepełnosprawnych i niesamodzielnych. ■

## „Zagrożenia na stanowiskach pracy pielęgniarki”

W dniu 25 września 2009 roku w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki odbyło się spotkanie na temat: „Zagrożenia na stanowiskach pracy pielęgniarki” zorganizowane przez Komisję ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego. Otwarcia konferencji dokonała Przewodnicząca Okręgowej Rady – mgr Krystyna Walewska.

Tematem konferencji było głównie ukazanie zagrożeń wynikających z nieprawidłowości w postępowaniu w medycynie ratunkowej oraz agresji w placówkach ochrony zdrowia.

Medycyna ratunkowa jest jedną z najbardziej wszechstronnych i trudnych specjalności, wymagająca dużego doświadczenia i umiejętności praktycznych.

Praca na oddziale ratunkowym wymaga od pielęgniarki szybkiego przyswajania wiedzy podstawowej oraz dużych umiejętności praktycznych w różnych sytuacjach klinicznych.

Zagrożenia na stanowisku pielęgniarki ratunkowej przedstawiła mgr Lucyna Okulska omawiając zakażenia podczas prowadzenia RKO. Określiła ryzyko przeniesienia chorób infekcyjnych w miejscu zdarzenia między ratownikiem a ratowanym. Dodatkowo omówiła bezpośrednie zagrożenia wynikające ze strony otoczenia oraz przypadki zatruc. W swojej wypowiedzi odniosła się do właściwej koordynacji oraz określenia priorytetów postępowania w sytuacjach bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia. W praktyce odnosi się to do umiejętności organizacyjnych i decyzyjnych w pracy zespołu interwencyjnego, aby zapewnić wymagany poziom działań od pierwszego kontaktu z pacjentem do momentu rozpoczęcia leczenia specjalistycznego.

Wiele błędów w postępowaniu resuscytacyjnym można uniknąć, jako zagrożeń zarówno dla ratownika i osoby ratowanej przez edukację, prowadząc stałe szkolenia i ćwiczenia praktyczne.

Duże zainteresowanie wzbudził temat „Praktyczne aspekty medycznych działań ratowniczych w zdarzeniach o charakterze mnogim i masowym” omówiony przez dr Ignacego Baumbergę.

Autor przedstawił podstawowe elementy doktryny zdarzeń masowych obowiązującej w Krajowym Systemie Ratowniczo-Gaśniczym.

Nie mniejszym zainteresowaniem cieszył się temat prezentowany również przez dr Ignacego Baumbergę „Problemy szpitala w przypadku napływu dużej ilości pacjentów”.

Autor przedstawił i omówił zasadnicze znaczenie dla właściwego wykorzystania ograniczonych możliwości ratowniczych segregacji/TRIGE „aby uratować możliwie jak najwięcej osób”.

Wśród tematów konferencji przedstawione były również:

– „Problematyka mechanicznego masażu serca w warunkach SOR” – dr n. med. Dariusz Timler.

– „Użycie alternatywnych metod zabezpieczających drożność dróg oddechowych do poprawienia skuteczności działań ratunkowych” – Krzysztof Żak.

– „Rola wczesnej defibrylacji i użycie defibrylatora z funkcją doradczą” – Joanna Dziędziurko.

Druga część konferencji odnosiła się do agresji w placówkach ochrony zdrowia i sposobów jej przeciwdziałania. Mgr Grażyna Korybut przedstawiła bardzo interesująco temat „Agresja w miejscu pracy” i „Przymus bezpośredni”.

Wyżej wymienione tematy uświetniła swoim wystąpieniem mgr Edyta Knap omawiając temat „Pielęgniarka i położna objęta ochroną prawną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego”.

Komisja ds. Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego składa gorące podziękowania dla Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych za pomoc w zorganizowaniu konferencji a uczestnikom za przybycie na spotkanie. ■

ogłoszenie płatne

**Zespół Opieki Zdrowotnej Łódź-Bałuty (ul. Smugowa 6) zatrudni pielęgniarki do pracy w medycynie szkolnej z ukończonym kursem kwalifikacyjnym dla pielęgniarek medycyny szkolnej. Szczegółowe informacje na miejscu. Tel. (042) 657 69 50**

# Stosowanie praktyczne rurki krtaniowej w medycynie ratunkowej

Rurka krtaniowa LT została uwzględniona jako dodatkowy przyrząd w celu utrzymania drożności dróg oddechowych w czasie trwania resuscytacji krążeniowo-oddechowej w obowiązujących obecnie wytycznych Europejskiej Rady Resuscytacji.

Wentylacja pacjenta w zdarzeniu nagłym jest szczególnym zadaniem, ponieważ pacjenci są zawsze traktowani jako poszkodowani z pełnym żołądkiem. W takiej sytuacji użycie maski twarzowej w trakcie wentylacji może doprowadzić do zarzucania treści pokarmowej lub nadymania żołądka powietrzem. Obecność zawartości żołądka w tchawicy doprowadza do zachłystowego zapalenia płuc co w późniejszej opiece pogarsza rokowania w leczeniu chorego.

Intubacja dotchawicza jest najbardziej bezpieczną metodą utrzymania drożności dróg oddechowych. Preoksygenacja przed tym zabiegiem jest niezbędna. Rozpoczynamy ją używając do wentylacji maski twarzowej. Mogą zatem wystąpić powikłania związane z przedostaniem się powietrza do przełyku oraz trudności w dopasowaniu maski do twarzy chorego. Naturalną ochroną przed rozcięciem żołądka jest zwieracz przełyku, który powstrzymuje ciśnienie wynoszące 20 cm H<sub>2</sub>O, lecz podczas resuscytacji spada do wartości 6–8 cm H<sub>2</sub>O.

Intubacja w warunkach ratunkowych uznana jest jako intubacja trudna ponieważ najczęściej trudności sprawiają występujące w trakcie warunki (nietyпова pozycja pacjenta, uraz kręgosłupa odcinka szyjnego lub twarzo-czaszki, słabe oświetlenie, konieczność zapewnienia ciągłości uciskania klatki piersiowej, pełen żołądek).

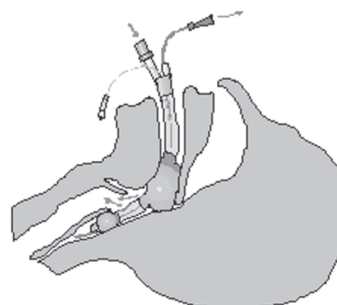
Mając na uwadze powyższe informacje uwzględniono użycie w resuscytacji rurki krtaniowej LT. Stosując rurkę krtaniową LT podawana objętość wdechowa powietrza jest porównywalna z objętością podawaną podczas intubacji dotchawicznej. Można ją założyć łatwo i szybko. Zmniejsza ryzyko rozcięcia żołądka poprzez możliwość zamknięcia światła przełyku mankietem oraz odessania zawartości żołądka przy użyciu sondy wprowadzonej do jej światła. Ta czynność znacząco odbarcza żołądek i stanowi ochronę przed aspiracją. Możliwość odessania treści żołądkowej z zastosowaniem dodatkowego kanału do drenażu zmieniła nazwę rurki krtaniowej z LT na LTS (S – sustion – odsysanie).

Zakładanie rurki LT jest możliwe bez użycia dodatkowego sprzętu tylko przy pomocy kciuka i palca wskazującego. Po prawidłowym odchyleniu głowy należy w linii pośredkowej przez usta rurkę wsunąć wzdłuż podniebienia do momentu wyczucia łagodnego oporu. Otwór wentylacyjny znajduje się wtedy na wprost wejścia do krtani. Znacznik

w górnej części rurki wyznacza głębokość jej wsunięcia. Środkowa czarna linia powinna znaleźć się na poziomie górnych siekaczy. Lekkie wygięcie rurki zapewnia umieszczenie jej końca w przełyku. Końcowy mankiet dystalny zamyka wejście do przełyku, proksymalny mankiet uszczelnia jamę ustno- i nosowo-gardłową. Obydwa mankiety uszczelniające zostają jednocześnie napełnione powietrzem przez ten sam dren. Dostępne są obecnie rurki w różnych rozmiarach od 0 dla dzieci do 5 dla dorosłych o wzroście powyżej 180 cm. Dobór rozmiaru rurki u dzieci jest zależny od ciężaru ciała dziecka, u dorosłych wg. wzrostu. Rozmiarowi rurki przyporządkowano kolor łącznika oraz kolory na strzykawce uszczelniającej mankiety. Ułatwia to właściwe użycie materiału. Aby uniknąć ryzyka przemieszczenia języka na tylną ścianę gardła należy przy zastosowaniu rurki użyć rękoczynu Esmarcha.

Można używać filtrów bakteryjnych i dodatkowych łączników ponieważ wzrost przestrzeni martwej może być zrównoważony większą objętością oddechową. Pomimo łatwości użycia rurki niezbędne jest prowadzenie regularnych szkoleń i ćwiczeń, przez doświadczonych specjalistów, w zakresie techniki zakładania rurki LT. Dla prawidłowego użytkowania rurki krtaniowej LT należy sporządzić każdorazowo protokół kontroli użytkowania rurki. ■

## Budowa LTS



- mankiet dystalny blokuje wejście do przełyku
- mankiet proksymalny blokuje nosopharyngę
- poprawnie zaaplikowana rurka pozwala na swobodny wpływ i wypływ gazów z tchawicy
- kanał do odsysania treści żołądkowej pozwala na założenie sondy ch16

# DOBRA rozmowa

Rozmowa wydaje się być rzeczą ludzką i naturalną, ale tak naprawdę prowadzenie dobrej rozmowy jest wielką sztuką.

Aby rozmowa przynosiła pożądane efekty, miała funkcję terapeutyczną musi być prowadzona według określonych zasad. Th. Gordon rozróżnia 12 blokad komunikacji interpersonalnej:

**1. Wydawanie rozkazów** – np. „Siedz spokojnie i słuchaj mnie!” „Przestań płakać. Nie jesteś już dzieckiem!” Tego typu wypowiedzi informują osobę, że jej uczucia nie są ważne, a przez to osoba nie czuje się akceptowana. Ponadto tego typu wypowiedzi wywołują złość i skłaniają do wyrażania wrogich uczuć: oporu, odzienia ciosu, napadu złego humoru.

**2. Ostrzeżenie, groźba** – np. „Powiedz to jeszcze raz a pożałujesz!” Wypowiedzi te dają wprost do zrozumienia, że nie szanuje się potrzeb drugiej osoby. Ponadto wypowiedzi te mogą wzbudzać poczucie strachu i prowadzić w efekcie do powierzchownej, krótkotrwałej uległości. Wzbudzają również uczucie wrogości.

**3. Kazania, moralizowanie** – np. „Nie powinnaś robić takich rzeczy...”. Zwykle wypowiedzi te spoty-

kają się z oporem i jeszcze większą zaciętością. Wypowiedzi te komunikują drugiej stronie, że nie ufamy jej osądowi, nie szanujemy jej poglądów oraz wartości.

**4. Doradzanie, proponowanie rozwiązań** – np. „Jak sobie porządnie wszystko zaplanujesz to na pewno zdążysz odpocząć”. Wypowiedzi te pokazują, że nie wierzymy w zdolność drugiej osoby do samodzielnego rozwiązywania własnych problemów. W niektórych przypadkach mogą prowadzić do uzależnienia od doradcy.

**5. Pouczanie, logiczne argumenty** – np. „Pamiętaj jak się spóźnisz to stracisz pracę.” „Ubierz się, bo się przeziebiesz”. Ludzie często na pouczanie reagują poczuciem niższości. Ponadto logika i fakty często wzbudzają postawę obronną i niechęć, ponieważ pokazujemy, że druga osoba jest ignorantem. Zazwyczaj nie lubimy, jak ktoś nam wskazuje, że się mylimy.

**6. Osądzanie, potępienie**, krytykowanie – np. „Jesteś głupia, leni-

wa itp.” Słyszając krytykę osoby czują się gorsze, to obniża ich samoocenę, a dodatkowo wywołuje kontrkrytykę „A ty co święta?”

**7. Przesadne chwalenie**, wydawanie pozytywnych ocen – np. „Jesteś taka mądra, na pewno dasz sobie radę”. Pozytywna ocena, która nie przystoi do sytuacji i wyobrażenia osoby o sobie, może brzmieć jak sarkazm i wywoływać gniew. Niektórzy mogą myśleć, że jest to próba manipulacji („mówi tak, żebym coś dla niej zrobiła”). Sam fakt oceny może wywołać wrażenie, że jeśli ktoś ocenia, to ma do tego podstawę, czyli czuje wyższość.

**8. Wywiska, wyśmiewanie** – np. „No i co kwiatuszku... nie chce ci się pracować”. Takie wypowiedzi również obniżają samoocenę.

**9. Interpretowanie, diagnozowanie**, analizowanie – np. „Zachowujesz się tak, bo chcesz zwrócić na siebie uwagę.” Osoba, która mówi w ten sposób pokazuje, że jest wszechwiedząca i zna tajniki duszy innych. Taka



amatorska psychoanaliza może wywoływać frustrację i być odebrana jako zagrożenie. Jeśli interpretacja jest prawidłowa osoba poczuje się „zdemaskowana”. Jeśli natomiast interpretacja jest błędna, słowa wywołają złość. Ponadto tego rodzaju wypowiedzi mogą uczulić osobę, do której są kierowane, by być bardziej skrytą, aby nie dawać się rozszyfrować.

10. **Uspokajanie, okazywanie współczucia**, pocieszenie – np. „Nie martw się, jutro będzie lepiej”. Pozornie wypowiedzi te mają pokazać, że troszczymy się o osobę. Jednakże zapewnianie kogoś, że wszystko jest w porządku, podczas gdy wcale tak nie jest daje poczucie nie bycia rozumianym.

11. **Wypytywanie, krzyżowy ogień pytań** – pytania nieefektywne. Zadawanie wielu pytań naraz daje poczucie osaczenia, złości i zagrożenia. Osoby mogą czuć się jak na prze-

sluchaniu, a pytania często same sugerują odpowiedzi. Właściwie na większość takich pytań nie oczekujemy odpowiedzi, bo ją już w swoim przekonaniu znamy.

12. **Odwracanie uwagi, sarkazm**, dowcipkowanie – np. „Przecież ty nie musisz się szkolić, ani nic czytać – ty wystarczy że spojrzysz na książkę i już wszystko wiesz.” Reagowanie dowcipami i złośliwościami na poważne problemy może zrazić uczucia drugiej osoby i sprawić że poczuje się odrzucona i pokonana.

Zatem jak rozmawiać? Warto wiedzieć, że komunikację ułatwia m.in.:

1. Słuchanie bierne – milczenie. W ten sposób dajemy się osobie wygadać oraz pokazujemy, że ją akceptujemy.

2. Odpowiedzi potakujące. Skinienie głową czy uśmiech dają do zrozumienia, że słuchamy z uwagą, że je-

steśmy zainteresowani tym, co osoba mówi.

3. Słowa klucze – np. „To interesujące, co mówisz.” „Czy chcesz o tym porozmawiać?” Słowa klucze często otwierają komunikację.

4. Aktywne słuchanie. To najskuteczniejsza metoda komunikacji. Zakłada ona współdziałanie z osobą i potwierdzanie zrozumienia jej problemów. Polega ono na umiejętnym odczytywaniu kodów zawartych w komunikatach. Dzięki aktywnemu słuchaniu osoba czuje się akceptowana i szanowana. Rozładowuje ono napięcie i pomaga akceptować uczucia. Ponadto aktywne słuchanie pomaga zidentyfikować problemy.

Należy pamiętać że aktywne słuchanie musi opierać się na empatii, zaufaniu i akceptacji. ■

mgr Jolanta Kałużna  
psycholog



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 CKPPIW W WARSZAWIE ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIW 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 OIPIW 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**

# KONKURS

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

W listopadowym wydaniu Biuletynu publikujemy ostatnie trzy prace biorące udział w konkursie. Dane osobowe autorów zastrzeżone są do wiadomości redakcji.

Wszystkim autorom konkursowych prac dziękujemy za udział w konkursie. Redakcja Biuletynu

## Można tego dokonać...

Od trzydziestu lat jestem pielęgniarką, wszystkie te lata życia zawodowego spędziłam w jednym szpitalu, na tym samym oddziale, w zespole, w którym ludzie rzadko się zmieniają.

Czy zatem mam prawo pisać o swych wieloletnich obserwacjach znanych z tak „wąskiego pola widzenia”?

Uważam, że tak – właśnie patrzenie z tego samego miejsca na zachodzące wokół zmiany daje dużą skalę porównawczą i dobrą perspektywę dla obserwacji. Bywałam też pacjentem kilku łódzkich szpitali, co poszerzyło moje horyzonty w tym zakresie. Często na zebraniach, spotkaniach zawodowych, czy w czasie koleżeńskich rozmów zabierałam głos na temat „autorytetu pielęgniarki”. Za namową najbliższych współpracowników, którzy często zgadzają się z moimi opiniami, pozwałam sobie zabrać głos na ten ważny temat.

Budowanie autorytetu to żmudny i długotrwały proces. W zawodzie pie-

lęgniarki i położnej coraz trudniejszy ze względu na zachodzące zmiany kulturowe w komunikacji międzyludzkiej, bezwzględność osaczających nas przepisów i frustracje zawodowe. Jednak proces niezbędny do umacniania szacunku dla naszego zawodu i nas samych.

Spółeczność pielęgniarska jest podzielona w opiniach, zachowaniach, systemie wartościowania wszystkiego i wszystkich. Jednak znam wiele pielęgniarek, tych „prawdziwie ludzkich”, dla których godność i szacunek dla siebie, poprzez szacunek i poszanowanie godności pacjenta jest zadaniem priorytetowym.

Pacjent – obiekt naszej pracy powinien być podmiotem, a nie przedmiotem działań pielęgniarskich.

Nasza fachowość i wiedza, poprawność prowadzenia rozmowy (a w niej umiejętność słuchania i kultura języka), dyplomacja, nie wchodzenie w kompetencje lekarskie, wykonywanie czynności bez zbytniego pośpiechu (co daje pacjentowi poczucie bezpieczeństwa), schludny wygląd, zapewnianie przynajmniej minimum intymności choremu czy badanemu człowiekowi, szacunek dla współpracowników – wszystkie te elementy tworzą z pielęgniarki i położnej prawdziwego profesjonalistę.

Moim skromnym zdaniem osoby, które starają się o stanowiska kierownicze (przywódcze) – oprócz zdobywania wiedzy zawodowej, uzupełniania kwalifikacji – powinny swym postępowaniem zdobywać także autorytet.

Bywa często w naszym środowisku, że jedni mają władzę, inni autorytet i to nie jest dobre. A zatem zdobywamy uznanie środowiska i pacjenta od początku naszej kariery zawodowej, aby w przyszłości, po pokonaniu kolejnych szczebli „drabiny zawodowej”, naszą mądrą głowę i sprawne ręce wspierał mocny kręgosłup zdobytego autorytetu. A wszystko to spowoduje, że będziemy zawodową osobowością, a nie tuzinkową pielęgniarką czy położną. Że można tego dokonać – wiem. Na swej drodze zawodowej spotkałam takie prawdziwe osobowości: zacnych ludzi, godnych przełożonych, wspaniałe koleżanki, oddane i mądre pielęgniarki.

Sama, choć zabrzmiało to może nie skromnie, dążę do postawy, o której piszę. Zawsze staram się być pielęgniarką z „podniesioną głową” – spotykając pacjentów i ich rodziny poza szpitalem, mogę wymienić z nimi uśmiech, uścisk dłoni, czy chwilę serdecznie porozmawiać.

Ważna dla mnie jest też współpraca z młodymi, mniej doświadczonymi pielęgniarkami, którym zawsze staram się pomóc, nigdy nie okazuję zniecierpliwienia i staram się nie pouczać i krytykować, tylko spokojnie tłumaczyć i pokazywać. Wiem, że to się sprawdza. Ja zaczynając pracę trafiłam na takie właśnie osoby.

Moja praca to 30 lat na oddziale pediatrycznym. Muszę powiedzieć, że coraz trudniejszy, ale możliwy jest dialog z młodymi rodzicami. Jak większość społeczeństwa konsumpcyjnego (niestety), wymagają od otoczenia wiele więcej niż od siebie. Trzeba dużo cierpliwości, życiowej mądrości i ciągłego udowadniania swojego profesjonalizmu, żeby młodzi ludzie zaczęli słuchać i czasu, którego często brakuje, żeby nawiązali współpracę dla dobra dziecka – podmiotu wspólnej troski.

Spółeczność  
pielęgniarska  
jest podzielona  
w opiniach,  
zachowaniach,  
systemie  
wartościowania  
wszystkiego  
i wszystkich.

Mottem mojego działania w postępowaniu z małymi pacjentami (i nie tylko) jest cierpliwość i konsekwencja – budzi to zaufanie i postrzeganie mnie jako osoby wiarygodnej, a to w życiu prywatnym i zawodowym bardzo pomaga.

Pełniąc obowiązki zawodowe jako pielęgniarka odcinkowa muszę wykonywać polecenia i zlecenia innych. Nie zwalnia mnie to jednak z obowiązku ich analizowania i oceny, czy te wszystkie czynności do mnie należą i są zasadne. Gdy mogę coś zmienić, ewentualnie zaproponować inne rozwiązanie (zwłaszcza w zakresie pielęgnacji), rozmawiam z lekarzami czy bezpośrednio przełożoną. Wydaje mi się, że to właśnie dzięki zdobyciu pewnego uznania w środowisku bywam wysłuchana i traktowana jako partner zawodowy. Co bardzo sobie cenię.

Nie chciałabym pouczać ani tym bardziej twierdzić, że tylko pielęgniarka z długim stażem pracy może być profesjonalistą – co dla mnie oznacza „fachowcem z autorytetem”. Młode, bardziej wykształcone dziś pielęgniarki, dla których pacjent jest podmiotem działania zawodowego są również profesjonalistami. Staż pracy (bez ciągłego doskonalenia się) nie jest wyznacznikiem prestiżu zawodowego. Bez względu na wiek i staż pracy, często tracimy w oczach otoczenia. Gubi nas pewne zarozumiałstwo, pewność siebie, brak chęci wysłuchania innych. Podkreślanie swojej ważności noszonym mundurkiem, a nie solidną wiedzą, fachową pracą i godną postawą.

Mnie osobiście razi zwracanie się do (dorosłych) pacjentów i podwładnych „na ty” tylko dlatego, że są do nas w pewnym stopniu zależni.

Oburza mnie używanie nazwisk współpracowników, przełożonych, lekarzy czy pacjentów w miejscach publicznych. Głośne komentowanie na salach chorych zasadności działania innych pracowników czy słuszności ich decyzji.

Nie popieram zbyt szybkiego, opartego tylko na rutynie wykonywania czynności pielęgnacyjnych i zabiegów. Często praca wolniejsza, z pełnym współdziałaniem poinformowanego wcześniej pacjenta, okazuje się lżejsza i przynosi lepsze rezultaty, a dłuższa chwila „bycia z pacjentem” daje mu poczucie bezpieczeństwa, rodzi szacunek i zaufanie do personelu.

Może moje opinie nie są zbyt popularne – pewne zachowania wynikają z mojego sposobu życia i charakteru. Jestem typem społecznika, mam czas dla innych, często pomagam bliskim i przyjaciółom. Potrafię słuchać, nie lubię narzucać swojego zdania bez obszernej argumentacji czy dyskusji. Szanując zawsze innych – oczekuję dla siebie także szacunku i godnego traktowania.

Przenosząc te cechy na pole zawodowe, buduję wizerunek pielęgniarki, który dla mnie jest jedynym właściwym, wymagającym jednak wiele pracy nad sobą, ciągłego doskonalenia się i godzenia wielu trudnych zadań współczesnego pielęgniarstwa.

Ale to także ciągłe zmaganie się z niedoskonałością systemu ochrony zdrowia, brakami sprzętowymi, zmianami przepisów prawnych i zbyt często brakiem konstruktywnego dialogu z władzami placówek, w których pracujemy.

Niech jednak frustracje zawodowe nie zgaszają w nas chęci dążenia do bycia osobowością – czego sobie, Koleżankom i Kolegom życzę. A autorytet pielęgniarki, pielęgniarza i położnej w dzisiejszym społeczeństwie zacznie się umacniać. ■

Bywa często  
w naszym  
środowisku,  
że jedni  
mają władzę,  
inni autorytet  
i to nie  
jest dobre.

# Co ja o tym myślę?

Każdy z nas ma jakiś swój ideał do którego dąży z mniejszym lub większym powodzeniem. Jako mój wzorzec, z którego mogę brać przykład, chciałam przedstawić konkretną osobę, jednak ciężko było mi zdecydować kogo tu opisać.

Wzorzec pielęgniarki starannie i sumiennie wykonującej swoją pracę jest poniekąd zamieszczony w Kodeksie Etyki Pielęgniarki i Położnej oraz w ustawie o zawodzie pielęgniarki. Wyraźnie wytyczono nam prawa i obowiązki, które jakby torują nam drogę postępowania. Ale czy to już wystarczy żeby być dobrą pielęgniarką? Ideałów nie ma, a wzorzec? Wzorzec... jest tylko człowiekiem. Skoro jest człowiekiem – nie jest nieomylny i popełnia błędy. Czy więc zwykły człowiek, którego spotykamy na co dzień może być dla mnie wzorem? I czy dla pielęgniarki wzorem może być tylko pielęgniarka? Moim zdaniem, wzorcem postawy godnej naśladowania jest każdy człowiek, od którego można się uczyć szacunku do drugiego człowieka, radości, zaradności, cierpliwości, wdzięczności, dobrego spojrzenia na życie. Naukę tę rozpoczynamy od małego dziecka, ale będąc ludźmi dorosłymi nie bądźmy już tylko nauczycielami, bo i my możemy nauczyć się czegoś cennego od dzieci.

Większość z nas od dawna marzy o zawodzie medycznym. Uważamy, że warto – przecież spełniamy swoje marzenia. Wszystko wydaje się odrobinę prostsze niż teraz (gdy się uczymy, a głowa pełna ideałów).

Wtedy oprócz wiedzy, którą zdobywamy, podlegamy również procesowi łamania charakterów słysząc, że na pielęgniarki się nie nadajemy, albo żeby się nie łudzić, że coś w życiu osią-

gniemy i wiele innych zachęcających do dalszej nauki dygresji. I nagle nasze poglądy, autorytety i cele nie mają już dla nas takiego znaczenia jak dawniej. Pomimo tego uczymy się dalej, zdajemy. Oczy nam się otwierają coraz szerzej, gdy widzimy kolejne choroby, na które nie ma lekarstwa i które nieuchronnie prowadzą do śmierci. Tyle rozczarowań. Śmierć nas przygnębia i traktujemy ją już tylko jako porażkę. Praca coraz mniej cieszy, bo wraca z nami do domu i wytchnienia nie daje. Brak czasu doprowadza nas do rozpacz, rodziny, które zakładamy nie wyglądają tak jak to sobie wymarzyliśmy, codzienne trudności ciężko ogarnąć. Faktycznie – nic w życiu nie osiągamy(!) Na szczęście znajdując się w naszym życiu osoby, które pomagają nam nie dać się omamić i ogłupić takim myśleniu, osoby, które dźwigając ciężary życia, pozostały mimo wszystko ludźmi radosnymi. Takich niesamowitych ludzi miałam szczęście spotkać na swej drodze, niesamowitych, bo zwykłych dobrych ludzi. Od nich mogę uczyć się szacunku dla życia i śmierci, szacunku dla drugiego człowie-

ka i wreszcie dla samego siebie. Widzę jak potrafią oni ustalić w swoim życiu cele i priorytety: dobre, spokojne życie, rozwój duchowy, uczuciowy, umysłowy, społeczny, działanie, poczucie bezpieczeństwa. Nie wywyższają się, umieją odpoczywać, spontanicznie cieszą się z drobnych osiągnięć i z wielką prostotą serca potrafią mimo wielu doświadczeń powiedzieć głośno, że są szczęśliwi. Są dla mnie wzorem. Dlaczego o tym piszę? Ponieważ myślę, że ciężko jest być dobrą pielęgniarką, jeżeli nie jest się szczęśliwym człowiekiem. Ważne by każdy z nas określił, co oznacza szczęście dla niego.

Nie zapominajmy o radości! Od przeszło 20 lat w mam zaszczyt wykonywać zawód, który należy do ścisłej grupy profesji, gdzie pojęcie autorytetu występuje codziennie, niemal na każdym kroku. Jestem pielęgniarką. Mundurek, który zakładam z koleżankami do pracy, stroje i tytuły lekarzy dodają powagi. Nazwa zakładu pracy – instytut – podnosi rangę moją i pozostałych osób tu zatrudnionych. Przedstawiciele zawodów często, w drodze wyrafinowanej gry, rywali-

**Wzorcem postawy godnej naśladowania jest każdy człowiek, od którego można się uczyć szacunku do drugiego człowieka, radości, zaradności, cierpliwości, wdzięczności, dobrego spojrzenia na życie.**

zują o pacjenta, rezerwując sobie prawo do bycia autorytetem wobec niego. Im bardziej awangardowo zachowują się pielęgniarki, tym mocniej pragną stać na gruncie konserwatywnym lekarze. Nam pielęgniarkom często przypada w udziale funkcja ekspresywna, lekarzom zaś instrumentalna. Specyfiką pracy jest przede wszystkim to, że nie mając głosu decydującego w sprawach pacjenta, pielęgniarka ma z nim najczęstszy kontakt.

W różnych środowiskach pielęgniarki, pomimo coraz większej wiedzy wciąż widzą w lekarzu swoiście pojętego guru. Te bardziej stanowcze i wykształcone czują się głęboko dotknięte lekceważeniem przez lekarzy. Ci zaś nie przywykli do sprzeciwu czują się rozgoryczeni podważaniem ich kompetencji i umiejętności.

Spory środowiskowe i różnice poglądów nie mogą jednak przysłonić dobra pacjenta i podopiecznego, które pozostaje misją i celem obu zawodów. Myślę, czy ten „cały wspomniany autorytet” jest dla mnie prawdziwy? Nie do końca.

Większość społeczeństwa (niestety) osądza po wyglądzie zewnętrznym, stopniach naukowych itp. Co ja o tym myślę?

Są to insygnia, które niejako przynależą autorytetom. Symbole te, kojarzone z autorytetem wywołują „uległość” nawet wobec osoby, która nie jest rzeczywistym autorytetem. Moje miejsce pracy jest obszarem, które potwierdza tę regułę.

O prostych, codziennych sprawach pisze się niełatwo, wręcz ciężko. Obecny konkurs skłania do rozmyślań, rozważań o autorytecie. Pamiętam z czasów liceum nazwiska, które dla wszystkich pielęgniarek powinny na pewno być wzorem. Postawy i cechy H. Chrzanowskiej, F. Nightingale, D. Orem, B. Neumann powinny pobudzać do naśladowania. Są one jednak w niewielkim stopniu wykorzystywane praktycznie w codziennym życiu. Mam tu na myśli: posiadanie systemu wartości, prawdomówność, odpowiedzialność, poszanowanie godności człowieka, bezinteresowną życzliwość,

pogodę ducha, subtelność, zrozumienie, powagę, roztropność, sprawiedliwość. Wszystko to może być autentyczne, gdy daje dodatkowo poczucie bezpieczeństwa, gwarancje trwałości, ładu i pewności.

Cechy wspomnianych nesterek mimo swojej uniwersalności wiele straciły na aktualności. A może zostały tylko zastąpione innymi? Kryzys wartości czy „zmierzch autorytetów”?

Może tak, może nie. Owszem, może to być niepokojące, gdyż wybiórczo podchodzimy do wartości cenionych i prezentowanych przez autorytety. Napisałam – tak, bo niewiele jest pielęgniarek, które mają jakiś konkretny wzór osobowy. Tak jak współczesne społeczeństwo, pielęgniarki nie umieją wskazać swojego autorytetu.

Niestety (?!), ja też nie jestem pielęgniarką, która ma swój zawodowy (i życiowy) autorytet.

Uważam jednak, że przyczyna utraty wrażliwości moralnej nie zawsze jest zależna od danej osoby. Zastanawiam się dalej, czy mając swój autorytet nie idziemy na tzw. łatwiznę, czy nie posługujemy się nim jak „gumką” – wszystko, co źle zrobimy podporządkujemy do swojego wzorca. Czy mając autorytet nie robimy się ubożsi i mniej odkrywcy (?!).

Napisałam – nie, bo poszukiwanie poszczególnych cech charakteru i postaw etycznych, nie uważam za błąd. Czy poszukiwanie nie jest celem do samorealizacji? Pielęgniarka powinna mieć możliwości do rozwoju zawodowego (również w sferze duchowej powinna czuć się spełniona).

Pisząc o sobie dodam, że już wyrosłam z okresu, kiedy za autorytet wystarczał mi tata czy wychowawca w szkole. Z biegiem lat wcześniejsze autorytety straciły tzw. „mandat zaufania” i szukam dalej i dalej. Szukam do dziś. Zastanawiam się, czy jako pie-

**Ciężko jest być dobrą pielęgniarką, jeżeli nie jest się szczęśliwym człowiekiem. Ważne by każdy z nas określił, co oznacza szczęście dla niego.**

łęgniarka (bez autorytetu) jestem gorszą pielęgniarką? A moje doświadczenie i postawa etyczna? Czy już nic nie znaczą? Chyba tak tworzy się prawdziwy profesjonalizm. Tworzyć osobowość zawodową można na wiele sposobów, a to co (wcześniej) napisałam jest jednym z nich.

Myślę sobie dalej – jak bardzo ciężko jest nam pełnić zawodową rolę, nie tylko bez prawdziwego wzorca, ile bez wzajemnego szacunku do siebie. Nasz zawód uległ na przełomie lat szerokiej ewaluacji, nie objęła ona jednak służalczej roli, jaką nadal pełni.

Co w takim wypadku ze mną – jako autorytetem? Czy ja w ogóle w pracy zawodowej mogę być wzorem do naśladowania dla innych (dla pacjentów, dla ich rodzin)?

Odpowiedź brzmi negatywnie, a codzienne sytuacje powodują ponadto, że tracimy wiele w oczach nie tylko innych osób, ale i własnych.

Szkoda tylko, że w dzisiejszych czasach niszczone są wszelkie autorytety, w tym też zawód pielęgniarki. Zaryzykuję stwierdzenie, że w opinii dużej części społeczeństwa pojęcie godności pielęgniarki przestaje istnieć. Coraz mniej ludzi zauważa nasze sukcesy, wytykając nam tylko porażki i błędy. Rosnąca przeciw nam niechęć powoduje, że coraz trudniej bronić nam godności pielęgniarki. A bez godności trudno pracować w poczuciu, że jest się dobrą pielęgniarką i człowiekiem.

Jak rozumiem godność pielęgniarki? O ile godności jako istoty ludzkiej nie utracimy nigdy, gdyż jest wartością wrodzoną, o tyle godność osobistą jako pielęgniarki łatwo utracić. O jej trwanie każda z nas musi walczyć i narażać się nieustannie. Zdobywamy dyplom, zaczynamy pracować, powoli udaje nam się zdobyć uznanie i szacunek pacjentów. Poznajemy zasady

etyki i deontologii, staramy się te zasady wprowadzać w życie i z pewnością chronią one godność pielęgniarską, natomiast nasze odpowiednie postępowanie może ją umacniać.

W mojej wyobraźni godność pielęgniarki podobna jest do imienia wypisanego na nadmorskim piasku. Wystarczy mały wiatr, aby została zatarła. Co więc zrobić?

Praca pielęgniarki jest ciężka. Nie mamy do czynienia z maszynami, lecz z ludźmi, którym oczywiście należy się szacunek. Niejednokrotnie przychodzą do nas po poradę. Znajdźmy w sobie odwagę na podarowanie dobrego słowa, bo ono czasami bardziej ulży w cierpieniu niż podanie tabletki. Zdobądźmy się na powiedzenie przepaszam, kiedy to konieczne.

Okażmy odrobinę serdeczności i wyciągnijmy dłoń do starego człowieka, który wie, że czas jego wędrówki dobiega końca. Dobrze jest okazać trochę zrozumienia nieszczęśliwym ludziom. Czasem wystarczy zwykły uśmiech by rozjaśnić im dzień. Okazy-

wanie dobroci nie tylko w pracy, ale także w życiu rodzinnym i społecznym kształtuje naszą godność jako pielęgniarki i jako człowieka. Więcej do prawdy nie trzeba nic robić, by zachować swą godność. Wówczas ona sama zatroszczy się o siebie. Będziemy zadowoleni ze swojego życia.

„Pamiętaj, że Twoja twarz jest przeznaczona dla innych, to coś więcej niż piękna fasada, niż szyld, czy wizytówka. Więc pielęgnuj swą twarz, na usta przywołuj uśmiech. Pokaż swoją dobrą twarz, a wtedy nie będzie tak trudno Cię kochać” (Phil Bosmans). Wbrew temu wszystkiemu, co napisałam wcześniej, na przekór wnioskowi, jakie mogłyby się nasunąć po przeczytaniu mojej pracy – mam jednak odwagę stwierdzić, że autorytet w naszej pracy jest koniecznością. To jest to „coś” – bez względu, jak to nazwiemy, co pozwala nam latami wykonywać sumiennie swój zawód, gdzie pierwszymi zasadami są min. szacunek do człowieka, bezinteresowność, odpowiedzialność.

Wiem, że moja praca konkursowa daleka jest od ideału, że powinna być oparta na przykładach z życia i codziennej pracy.

Myślę, że gdyby była o codzienności zabrzmiałyby jak skarga lub wieczny żal do Pana Boga. Daleka jestem od tego. Skupiłam się więc na wewnętrznych przemyśleniach i wnioskach z nich płynących.

Czy dopłyną do serc i umysłów osób to czytających?

Na koniec chcę przytoczyć tekst Desideraty z 1692 roku nieznanego autora, znaleziony w starym kościele św. Pawła w Baltimore. Tekst, który w swej prostocie wcale nie jest łatwy do zrealizowania w życiu, natomiast pomimo swego wieku aktualny jest również w dzisiejszych czasach. Ktoś, komu uda się tak żyć, z pewnością może być wzorem do naśladowania, wzorem dobrego człowieka – dobrej pielęgniarki, po prostu szczęśliwej. Dobroć jest ważniejsza od mądrości, a zaznanie tej prawdy to owej mądrości początek. ■

# DESIDERATA

Krocz spokojnie wśród zgiełku i pośpiechu – pamiętaj, jaki pokój może być w ciszy.

Tak dalece, jak to możliwe, nie wyrzekając się siebie, bądź w dobrych stosunkach z innymi ludźmi. Prawdę swą głośno i jasno, słuchaj też tego, co mówią inni, nawet głupcy i ignoranci, oni też mają swoją opowieść. Unikaj głośnych i napastliwych, są udręką ducha. Jeśli porównujesz się z innymi, możesz stać się próżny lub zgorzkniały, albowiem zawsze będą lepsi i gorsi od Ciebie. Ciesz się zarówno swoimi osiągnięciami jak i planami. Wykonuj z sercem swą pracę, jakkolwiek by była skromna. Jest ona trwałą wartością w zmiennych kolejach losu. Zachowaj ostrożność w swych przedsięwzięciach – świat bowiem pełen jest oszustwa. Lecz niech Ci to nie przesłania prawdziwej cnoty, wielu ludzi dąży do wzniosłych ideałów i wszędzie życie pełne jest heroizmu. Bądź sobą, a zwłaszcza nie zwalczaj uczuć: nie bądź cyniczny wobec miłości, albowiem w obliczu wszelkiej oschłości i rozczarowań jest ona wieczna jak trawa.

Przyjmij pogodnie to, co lata niosą, bez gorczy wyrzekając się przymiotów młodości. Rozwijaj siłę ducha, by w nagłym nieszczęściu mogła być tarczą dla Ciebie. Lecz nie dręcz się tworam wyobraźni. Wiele obaw rodzi się ze znużenia i samotności. Obok zdrowej dyscypliny bądź łagodny dla siebie.

Jesteś dzieckiem wszechświata, nie mniej niż gwiazdy i drzewa masz prawo być tutaj i czy Ci to jest dla Ciebie jasne czy nie, nie wątp, że wszechświat jest taki, jaki być powinien.

Tak więc bądź w pokoju z Bogiem, cokolwiek myślisz o jego istnieniu i czymkolwiek się zajmujesz i jakiegokolwiek są Twoje pragnienia: w zgiełku ulicznym, w zamęcie życia zachowaj pokój ze swą duszą.

Z całym swym zakłamaniami, znojem i rozwianymi marzeniami ciągle jeszcze ten świat jest piękny. Bądź uważny, staraj się być szczęśliwy.

# Pielęgniarki są niedoceniane

Żyjemy w czasach licznych zmian dotyczących systemu ochrony zdrowia, a także systemu kształcenia pielęgniarek i położnych na poziomie wyższym.

Zachodzące zmiany determinowane są czynnikami demograficznymi, środowiskowymi, społeczno-kulturowymi, a także politycznymi – między innymi poprzez proces integracji z UE.

Dokonujące się zmiany w podejściu do organizacji ochrony zdrowia spowodowały, że pielęgniarstwo staje się zawodem „wysoko kwalifikowanym” oraz szczególnego zaufania społecznego. Dlatego też w chwili obecnych zmian proces budowania roli i autorytetu zawodowego pielęgniarek i położnych jest priorytetowym wyzwaniem dla naszego środowiska poprzez zdobywanie wiedzy, niezbędnej do oceny stanu zdrowia pacjenta, środowiska, w jakim on funkcjonuje oraz informacji umożliwiającej przeprowadzenie rzetelnej diagnozy pielęgniarskiej.

Z pewnością przyczyni się to do podniesienia prestiżu zawodowego pielęgniarek i położnych oraz przygotowuje je do pełnienia ról zawodowych tak, by mogły zyskać autorytet wśród pacjentów i środowiska medycznego.

Rosnące znaczenie pielęgniarstwa we współczesnym świecie niesie ze sobą konieczność podwyższania jakości kształcenia, weryfikowania zdobytych informacji oraz wzbogacanie o najnowsze zdobycze nauki i medycyny.

Podnoszenie kwalifikacji grup zawodowych pielęgniarek i położnych spowoduje usamodzielnienie i da szansę stania się w procesie diagnozowania: leczenia równoprawnym partnerem w zespołach terapeutycznych.

Jesteśmy grupą zawodową, która dba o swoje kompetencje zawodowe

podnosząc swoje kwalifikacje i umiejętności, co pozwala na lepszą pracę z pacjentem.

Pielęgniarka to jeden z najtrudniejszych i najbardziej odpowiedzialnych, ale także jeden z najpiękniejszych zawodów. Można powiedzieć, że zawód pielęgniarki jest zawodem do którego niewątpliwie trzeba mieć powołanie. Osoba bez powołania nie będzie w stanie wykonywać tego zawodu kompetentnie.

Uważam, że osoby które wiążą swoją przyszłość z tym zawodem powinny dokonywać bardzo świadomie i racjonalnie takiego wyboru.

Pielęgniarki są niedoceniane, muszą pracować pod dyktando lekarza, który zabiegi pielęgniarskie zostawia na plan dalszy.

Z tym trzeba walczyć, jest to piękny zawód, sponiewierany przez panów „doktorów”.

Jestem przekonana, iż nasza grupa zawodowa coraz bardziej jest zainteresowana wzbogacaniem własnej godności i wzajemnego szacunku w tworzeniu tej unikatowej osobowości zawodowej.

Zawód pielęgniarki jest realizowany w najbliższym i ciągłym kontakcie z ludźmi, wymaga więc umiejętności współdziałania

oraz gotowości do niesienia pomocy tym, którzy jej potrzebują. Całościowe spojrzenie wymaga tego, by w osobie pacjenta widzieć nie samą jednostkę chorobową, ale człowieka, który cierpi. Ta świadomość winna towarzyszyć działaniom pielęgniarskim, a także wszelkim odniesieniom pielęgniarki względem pacjenta.

Każda pielęgniarka powinna być przede wszystkim profesjonalistą kompetentnym w podejmowaniu niezależnych decyzji dotyczących pielęgnowania, organizowania opieki pielęgniarskiej. Profesjonalizm w pielęgniarstwie to wiedza, wykształcenie, holistyczne podejście do pacjenta oraz wykonywanie zadań zawodowych zgodnie z obowiązującą wiedzą, standardami

czy wytycznymi. Pielęgniarka – profesjonalistka powinna być samodzielna i przejawiać tę cechę w odniesieniu do wszystkich zadań zawodowych, również tych, które wykonuje na zlecenie innych osób. Dokonuje trafnej oceny sytuacji, szybko podejmuje decyzje, jest w stanie przewidywać prawdopodobne skutki różnych działań i wykorzystuje własną wiedzę. Podstawowym czynnikiem decydującym

**Profesjonalizm w pielęgniarstwie to wiedza, wykształcenie, holistyczne podejście do pacjenta oraz wykonywanie zadań zawodowych zgodnie z obowiązującą wiedzą, standardami czy wytycznymi.**

o rozwoju zawodu jest konieczność systematycznej przebudowy tradycyjnej roli pielęgniarki (pielęgniarka służy lekarzowi na pielęgniarka służy pacjentowi).

Każda pielęgniarka powinna rozumieć istotę własnej odpowiedzialności zawodowej, mieć świadomość, w czym wyraża się jej niezależność zawodowa, podejmować kształcenie oraz samokształcenie. Rozumie znaczenie nauki, teorii i wiedzy w pielęgniarstwie.

Obraz pielęgniarki, jaki istnieje w świadomości polskiego społeczeństwa, nie zawsze może dawać powód do dumy. Aby powstał nowy, pożądany obraz pielęgniarki profesjonalistki musi on zostać głęboko zakorzeniony w świadomości samych pielęgniarek i to już na początku ich edukacji. Należy przygotować je do pełnienia nowych ról pielęgniarstwa profesjonalnego o pełnej autonomii. Nauczyć pracy systematycznej opartej o proces pielęgnowania z wykorzystaniem zaplecza teoretycznego czyli teorii i modeli pielęgnowania.

To od przyszłych absolwentów zależy ranga i prestiż naszego zawodu, od ich postawy, przekonań, a w szczególności od aspiracji, z jakimi będą się kierować, tworząc obraz pielęgniarstwa jako profesji dla zapewnienia właściwej jakości usług opiekuńczych, pielęgnacyjnych, a także przyjęcia odpowiedzialności za podejmowane decyzje.

Niezwykle ważny jest udział naszej grupy zawodowej w konferencjach, sympozjach, kongresach naukowych krajowych jak i międzynarodowych. Organizowanie konferencji i zapraszanie lekarzy oraz innych grup zawodowych, którzy świadczą usługi medyczne dla tej samej grupy odbiorców. Celem jest, aby przedstawiciele różnych środowisk medycznych na tych spotkaniach uświadomili sobie, że jesteśmy partnerami a nie tylko personelem pomocniczym i razem możemy zrobić więcej.

Wszyscy profesjonalści tworzący system opieki muszą umieć ze sobą współpracować. ■

## podziękowania

„W pełni dbać o sprawy cudze może ten tylko, kto jest usposobiony życzliwie względem podopiecznych”

T. Kotarbiński

Pani dr Barbarze Słowińskiej, pani pielęgniarce Ewie Maciejewskiej z Zespołu Opieki Hospicyjnej Salve przy ul. A. Struga 3 – za dobroć, serce, wrażliwość, słowa otuchy, wsparcie i profesjonalną opiekę podczas choroby Mirosława Kotońskiego, najserdeczniejsze wyrazy podziękowania

składa wdzięczna Rodzina



„Czynna dobroć ma swoje uzasadnienie w oczywistościach serca”

T. Kotarbiński

Pani Małgorzacie Karalus – pielęgniarce z Oddziału Neurochirurgii Szpitala im. N. Barlickiego – za ciepło, wsparcie, wrażliwość i niesienie bezinteresownej pomocy w czasie choroby Mirosława Kotońskiego z całego serca

dziękuje wdzięczna Ewa Chrobot



Składam serdeczne podziękowania dla całego personelu medycznego Oddziału Wewnętrznego B Szpitala im. dr K. Jonschera.

Dziękuję lekarzom i pielęgniarkom za fachową i życzliwą pomoc w przetrwaniu trudnych chwil.

Dziękuję pani dr Krystynie Kowalczyk – ordynator oddziału – pani dr Agnieszce Wosik.

Składam także gorące podziękowania kierownicze zespołu pielęgniarek – pani Annie Szmigielskiej – wraz z całym zespołem pielęgniarek za wspaniałą, pełną zaangażowania pracę. Za życzliwość i uśmiech, który zawsze mają dla pacjentów przeważnie ciężko chorych i często nieznośnych. Pragnę wyrazić swoją wdzięczność i życzyć wszystkim dużo zdrowia i pomyślności.

wdzięczna pacjentka Gabriela Kaniera



# Dorośle dzieci alkoholików (DDA)

Alkoholizm oddziałuje nie tylko na osobę uzależnioną od niego, ale również na jej najbliższe otoczenie. Szczególnie zaś „piętno” wyciska na dzieciach wychowujących się w rodzinie dotkniętej tym problemem.

Doświadczają one lęku, strachu, wielu niespodziewanych zdarzeń, co w istotny sposób wpływa na ich spostrzeganie świata, relacji międzyludzkich oraz poczucie własnej wartości. Dzieci z tych rodzin, aby poradzić sobie w tych trudnych sytuacjach, przybierają określone role: bohater rodziny, wspomagacz, kozioł ofiarny, aniołek (dziecko niewidzialne) i maskotka.

„Bohater rodziny” to rola, w którą wchodzi najczęściej najstarsze dziecko. Jest ono powodem do dumy i sukcesu dla rodziny, gdyż świetnie sobie radzi z licznymi obowiązkami, które bierze na siebie. Większość z tych obowiązków dotyczy spraw typowo dorosłych tj.: gotowanie, wychowanie rodzeństwa czy sprzątanie. „Bohater rodziny” często jest nazywany „małym dorosłym”. Cechuje go odpowiedzialność, odwaga i pełne poświęcenie dla spraw swojej rodziny. Ale tylko na pozór. Tak naprawdę „bohater” jest skryty, ciągle niezadowolony z siebie i z tego co robi. Jest też sztuczny w swoim zachowaniu, gdyż maskuje się, aby nikt nie odkrył, że tak naprawdę nie jest taki wspaniały jak myślą wszyscy. Czuje się bezwartościowy i samotny.

Drugą rolą jaką mogą przyjąć dzieci jest rola „kozła ofiarnego”. „Kozioł ofiarny” jest jakby katalizatorem

wszystkich negatywnych emocji związanych z alkoholizmem, gdyż to na nim skupiają się wszystkie żale i pretensje. W opinii rodziny jest nieodpowiedzialny i trudny, a jego zachowanie jest powodem problemów i kłopotów. Często bywa arogancki i bezczelny, przez co próbuje zrzucić z siebie odpowiedzialność za problemy, którymi obarczyła go rodzina. Nierzadko ujawnia

się u niego nienawiść do świata i ludzi, którzy go odrzucili.

Swoistym celem dla trzeciej roli „maskotki” jest poprawienie humoru i nastroju rodzinie. Dzięki niej rodzina rozluźnia się i uspokaja. Wydaje się być wiecznie zadowolona, uśmiechnięta i wesoła, a tak naprawdę jest napięta i przestraszona swoją rolą – jest przecież odpowiedzialna za



rozładowanie atmosfery. Pułapką tej roli jest to, że dziecko, które w nią wchodzi, zawsze jest traktowane przez otoczenie jak niedojrzałe i niewiedzące, co się dzieje wokół niej. „Maskotka” jeśli czuje swoją bezsilność wokół jakiejś sytuacji w domu, jeśli czuje, że nie poradzi sobie z jej rozładowaniem to pojawia się u niej uczucie bezwartościowości i bycia niepotrzebną.

„Dziecko niewidzialne”, czwarta rola, którą może przyjąć dziecko alkoholika, zachowuje się tak jakby go nie było. Potrafi cały dzień zajmować się sobą. Nie sprawia problemów i zwykle niczego nie chce, o nic nie prosi. Po prostu nie zwraca na siebie uwagi. Zachowuje się jakby go nie było. „Dziecko niewidzialne” ma problemy z nawiązywaniem kontaktu, wyrażaniem siebie i swoich potrzeb oraz współpracą, czyli z głównymi umiejętnościami interpersonalnymi. Czuje się nie warte zainteresowania i uwagi ludzi, ale jednocześnie odczuwa żal i złość na brak uwagi z ich strony. „Dziecko niewidzialne” ma poczucie, że dobrze by się stało, gdyby go nie było.

Niektóre dzieci w rodzinie z problemem alkoholowym przyjmują rolę „wspomagacza”. Dziecko takie posiada silną potrzebę opiekuńczości wobec rodzica uzależnionego od alkoholu. Jego głównym celem jest ochrona rodzica alkoholika przed przykrymi skutkami picia. Sprytnie manipuluje sytuacją i jest bardzo zaangażowane w swoją rolę.

Role, które dzieci pełnią, przyczyniają się do kształtowania ich tożsamości. Determinują ich zachowanie i to jak będą sobie radzili w dorosłym życiu. Ich problemy nie znikają z czasem, te dzieci nie wyrastają z tych doświadczeń. Są one obecne zawsze w ich życiu. Można sobie z nimi w pewnym stopniu poradzić, nauczyć się z nimi żyć, ale nie można na zawsze się ich pozbyć.

Dorośle dzieci alkoholików pomimo różnych doświadczeń w dzieciństwie posiadają pewne charakterystyczne dla nich cechy. Zaburzenia są widoczne zarówno w sferze osobistej, społecznej jak i zawodowej. Cechy DDA:

1. Dorośle dzieci alkoholików muszą domyślać się, jakie zachowania są normalne.

2. Dorośle dzieci alkoholików mają trudności z przeprowadzeniem swoich zamiarów od początku do końca.

3. Dorośle dzieci alkoholików kłamią, gdy równie łatwo byłoby powiedzieć prawdę.

4. Dorośle dzieci alkoholików oceniają siebie bezlitośnie.

5. Doroślą dzieciom alkoholików trudno się bawić i przeżywać radość.

6. Dorośle dzieci alkoholików traktują siebie bardzo serio.

7. Doroślą dzieciom alkoholików trudno nawiązać bliskie kontakty.

8. Dorośle dzieci alkoholików przesadnie reagują na zmiany, na którymi nie mają kontroli.

9. Dorośle dzieci alkoholików ustawnie poszukują uznania i potwierdzenia.

10. Dorośle dzieci alkoholików myślą że różnią się od innych.

11. Dorośle dzieci alkoholików są albo nadmiernie odpowiedzialne albo nadmiernie nieodpowiedzialne.

12. Dorośle dzieci alkoholików są lojalne do ostateczności, nawet w obliczu dowodów, że druga strona nie zasługuje na lojalność.

13. Dorośle dzieci alkoholików są impulsywne (źródło: Janet Woititz „Dorośle dzieci alkoholików”).

Jak już wcześniej zostało wspomniane, cech DDA czy doświadczeń z rodzinnego domu nie można się pozbyć, ale można nauczyć się z nimi żyć.

Dorośle dzieci alkoholików mogą skorzystać z kilku form pomocy i wsparcia. Jedną z nich jest możliwość udziału w terapii indywidualnej prowadzonej przez terapeutę uzależnień. Niestety, jest ona dostępna głównie w większych miastach, przy poradniach odwykowych. W mniejszych miastach zazwyczaj dostępna jest terapia tylko dla AA. Terapia indywidualna daje możliwość głębszego zastanowienia się wraz z terapeutą nad problemami i ich możliwymi rozwiązaniami.

Niektórzy DDA korzystają również z pomocy w postaci terapii grupowej, gdzie mogą w większej grupie rozpo-

znać swoje bolesne doświadczenia, w pewnym stopniu poradzić sobie z nim, a z innymi nauczyć się żyć.

Formą dłuższej pracy nad sobą są organizowane regularnie, najczęściej raz w tygodniu, mityngi. Ideą swoją przypominają mityngi AA. Praca na mityngach DDA przebiega według „Programu 12 kroków”. Mityngi są spotkaniami anonimowymi i bez żadnych zobowiązań. Uczą samodyscypliny we własnej pracy nad sobą.

Inną formą wsparcia są różnego rodzaju fora i strony internetowe, na których DDA mogą wymienić doświadczenia, udzielić sobie wsparcia i porozmawiać na różne problemy dnia codziennego. Jednym z takich miejsc jest strona internetowa [www.dda.pl](http://www.dda.pl). Znajduje się na niej baza spotkań DDA, świadectwa osób borykających się z tym syndromem, możliwość skorzystania z czatu i wymienienia doświadczeń. Strona daje również możliwość przeczytania artykułów z dziedziny uzależnienia i współuzależnienia. Użytkownicy strony mogą przyłączyć się także do grupy mailowej, której celem jest wspólne dzielenie się doświadczeniem oraz siłą i nadzieją. Grupa mailowa jest przeznaczona dla każdego, komu cechy DDA są bliskie.

Można powiedzieć, że ideom ruchu DDA przyświeca hasło zaczerpnięte z podanej wcześniej strony internetowej [www.dda.pl](http://www.dda.pl): „Trudne dzieciństwo nie usprawiedliwia – trudne dzieciństwo zobowiązuje”. ■

#### Literatura:

1. Giluń-Węgrzecka J.: ABC alkoholu. Pomarańczowe Forum, „Remedium. Profilaktyka i promocja zdrowego stylu życia”, nr 10 (128), s. IV – V.

2. Giluń-Węgrzecka J.: ABC alkoholu. Pomarańczowe Forum, „Remedium. Profilaktyka i promocja zdrowego stylu życia”, nr 11 (129), s. VI – VII.

3. Kucińska M.: Bohater, maskotka, niewidzialne dziecko [w] Żak P.: Gdzie się podziało moje dzieciństwo? O dorosłych dzieciach alkoholików, „Charaktery”, Kielce 2006, s. 44 – 50.

4. [www.dda.pl](http://www.dda.pl)

5. Woititz J.: Dorośle Dzieci Alkoholików, Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości, Warszawa 1994.

# WITAMINA D

## najnowsze doniesienia

„Polska leży między 49 a 55 równoleżnikiem na półkuli północnej, co zmniejsza nasłonecznienie w okresie zimowym. Należy przyjąć, że w Polsce od października do marca synteza skórna witaminy D nie zachodzi [4].

Witamina D to grupa witamin rozpuszczalnych w tłuszczach. Ocenia się, że około 80 – 100 proc. dobowego zapotrzebowania na witaminę D<sub>3</sub> pochodzi z biosyntezy w skórze, a tylko w niewielkim stopniu wspomagane jest przez źródła pokarmowe.

Efektywność skórnej syntezy witaminy D<sub>3</sub> zależy od:

- szerokości geograficznej,
- pory roku, pory dnia,
- grubości pokrywy chmur,
- stopnia zanieczyszczenia powietrza,
- czasu ekspozycji na promieniowanie słoneczne,
- powierzchni ciała poddanej działaniu promieni słonecznych,
- stosowanej ochronie przeciwśłonecznej (kremy z filtrami UV-B, odzież),
- wieku (> 70 lat o 75% redukuje wydajność syntezy skórnej),
- pigmentacji skóry.

W Polsce synteza skórna jest efektywna przez 3 godziny w marcu i wrześniu oraz 9 godzin w czerwcu i lipcu. Pod wpływem jednej dawki rumieniowej (ekspozycja 18 proc. powierzchni ciała, do powstania lekkiego zaczer-

wienienia) następuje w skórze synteza około 10 000 IU witaminy D<sub>3</sub>. W Polsce wystarczająca jest synteza skórna od kwietnia do września przy zapewnieniu ekspozycji na słońce 18 proc. powierzchni ciała, bez stosowania filtrów, przez 15 minut dziennie.

W okresie jesienno-zimowym, kiedy naturalne promieniowanie słoneczne nie jest wystarczające aby zachodziła synteza witaminy D<sub>3</sub>, spadkowi

poziomu 25(OH)D w surowicy zapobiega regularne korzystanie z lamp emitujących promieniowanie UV-B w zakresie 290 – 315 nm.

Zaobserwowano istotną statystycznie wyższą gęstość mineralną kości (BMD – bone mineral density) w obrębie bliższej części kości udowej u osób korzystających z lamp UV-B w porównaniu do tych, które z nich nie korzystały. Dostępne w Polsce solaria posiadają zazwyczaj lampy emitujące promieniowanie powyżej zakresu 290–315 nm, a więc promieniowanie UVA, które zamiast syntezy powodują rozkład ustrojowych zasobów witaminy D<sub>3</sub>.

Aktywne metabolity witaminy D charakteryzują się szerokimi i różnorodnymi działaniami biologicznymi. Zjawisko to określa się mianem plejotropowości. Plejotropowe działanie witaminy:

1. Układ kostny – wpływ na metabolizm kości, kształtowanie się kości i zębów.

2. Układ nerwowy i mięśniowy – regeneracja neuronów, zwiększenie masy mięśniowej i siły mięśni.

Dostępne w Polsce solaria posiadają zazwyczaj lampy emitujące promieniowanie powyżej zakresu 290–315 nm, a więc promieniowanie UV-A, które zamiast syntezy powodują rozkład ustrojowych zasobów witaminy D<sub>3</sub>

3. Układ sercowo-naczyniowy – ciężkich przypadkach krzywicy i osteomalacji\* stwierdzano zaawansowaną niewydolność serca, która ustępowała pod wpływem leczenia witaminą D.

4. Nerki – czynne kontrolowanie wydzielenia reniny i aktywności osi renina-angiotensyna-aldosteron (regulacja ciśnienia tętniczego).

5. Pośrednie działanie przeciwbakteryjne – aktywacja genów kodujących peptydy przeciwbakteryjne (o cechach naturalnych antybiotyków).

6. Działanie przeciwzapalne – hamowanie produkcji cytokin\*.

7. Cukrzyca – suplementacja witaminy D w dzieciństwie zmniejsza ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 1. Suplementacja witaminy u osób z cukrzycą typu 2 niedawno zdiagnozowaną poprawia wydzielanie insuliny i tolerancję glukozy.

8. Leczenie chorób autoimmunologicznych – wspomaganie komórek szpiku kostnego spełniających funkcje obronne (np. przy stwardnieniu rozsianym – sezonowe braki witaminy D powodują zaostrzenie objawów choroby wczesną wiosną i złagodzenie jesienią).

Częstsza ekspozycja na światło słoneczne w dzieciństwie obniża ryzyko zachorowania na stwardnienie rozsiane.

Działanie „przeciwnowotworowe” – nowotwory, w których wykazano zależność powstania od stężenia witaminy D to: rak sutka, prostaty, okrężnicy i odbytnicy, żołądka, jajnika, nerki, macicy, trzustki, przełyku, chłoniaki, szpiczak mnogi.

Działanie witaminy D polega na:

1. Hamowaniu wzrostu komórek nowotworowych.

2. Regulacji apoptozy\*.

3. Hamowaniu procesów angiogenezy\*.

4. Długość życia – wykazano korzystny efekt wpływu witaminy D na procesy starzenia się, choroby u osób starszych oraz długość życia<sup>6</sup>.

Przyczyną niedoborów witaminy D w zdrowej populacji jest:

– obniżenie syntezy skórnej spowodowanej szerokością geograficzną, stylem życia i używaniem filtrów UV-B,

## Częstsza ekspozycja na światło słoneczne w dzieciństwie obniża ryzyko zachorowania na stwardnienie rozsiane.

– procesami starzenia,  
– niedostateczną podażą witaminy w diecie i suplementach żywnościowych.

### Skutki niedoboru witaminy D

1. Wchłanianie wapnia zawartego w diecie spada z 30–40 do 10–15 proc.

2. U dzieci od 2 roku życia oraz młodzieży zwiększa się wydzielanie parathormonu (PTH), co staje się przyczyną zmniejszenia masy kostnej i zwiększenia ryzyka złamań.

3. Krzywica – powiększenie czaszki, stawów łączących kości długie oraz kostnych przyczepów żeber, skrzywienie kręgosłupa i kości udowych, uogólnione osłabienie mięśni.

4. Osteomalacja, osteopenia.

5. Dysfunkcja układu odpornościowego – większa podatność na ostre zakażenia oraz inne, rozwijające się powoli choroby.

6. Zwiększone ryzyko rozwoju zaburzeń metabolicznych – dysfunkcja wątroby, zespoły złego wchłaniania, otyłość, cukrzyca.

7. Dysfunkcja nerek – nadciśnienie tętnicze.

8. Schorzenia autoimmunologiczne i nowotworowe.

Niedobór 25-OH-D3 < 9 ng/ml stwierdza się u 71 proc. pacjentów z objawami miażdżycowej choroby tętnic obwodowych.

Mieszkańcy obszarów położonych na północ od 35 równoleżnika na półkuli północnej i na południe od 35 równoleżnika na półkuli południowej (także Polska) są narażeni na niedobory witaminy D. W okresie zimowym powyżej 35<sup>o</sup> stopnia szerokości geograficznej północnej promieniowanie UV-B (290 – 315 nm), pod wpływem

którego zachodzi synteza witaminy D w skórze, nie dociera do powierzchni ziemi – zostaje rozproszone w górnych warstwach atmosfery i w całości pochłaniane przez warstwę ozonową. Latem, efektywna produkcja witaminy D w skórze odbywa się między godziną 10 a 15. Dodatkowo czynniki takie, jak zachmurzenie, zanieczyszczenia powietrza, mgły, zmniejszają ilość promieniowania UV-B docierającego do powierzchni ziemi.

Przeprowadzone w Polsce badania wykazały, że niedobory witaminy D (poziom 25(OH)D poniżej 20 ng/ml) występują u 30 proc. młodzieży oraz 70 proc. młodych kobiet. Pożądany poziom witaminy D to:

- dzieci > 20 ng/ml (50 nmol/l),
- dorośli > 30 ng/ml (75 nmol/l).

Daje on gwarancję jej właściwego działania plejotropowego.



Najbogatszym źródłem witaminy D jest tran. Dostępny w aptekach tran zawiera około 1000 IU witaminy D w objętości jednej łyżki stołowej.

Celem właściwej suplementacji, szczególnie zimą, jest zapewnienie takiego zaopatrzenia organizmu w witaminę D, które gwarantuje plejotropowe – długotrwałe efekty zdrowotne. Nie zaleca się stosowania suplementacji w dawkach uderzeniowych ze względu na akumulację witaminy D w tkankach miękkich, a następnie jej niekontrolowane uwalnianie do krążenia.

Proponowana dzienna podaż witaminy D, ze względu na jej plejotropowe działanie, powinna być rozważona nie tylko w kontekście profilaktyki krzywicy i osteoporozy, ale także jako działanie prewencyjne wielu zaburzeń i schorzeń wieku rozwojowego i dorosłego.

Stosowanie kremów z filtrami przeciwsłonecznymi może zredukować wydajność syntezy skórnej witaminy D3 nawet o 99 proc.

– Filtry SPF 8:  
o 92 proc.

– Filtry SPF 15:  
o 99 proc.

### **Wskazania do suplementacji witaminą D**

#### **w ciąży i podczas laktacji:**

- od 2 trymestru ciąży,
- dawkowanie pod kontrolą Ca w surowicy i kalciurii,
- celem jest uzyskanie stężenia 25(OH)D3 > 30 ng/m,
- przy zachowaniu wystarczającej ekspozycji na słońce w okresie od kwietnia do września, tj. 18 proc. powierzchni ciała (odstłonięte przedramiona i częściowo odstłonięte nogi) bez stosowania filtrów ochronnych przez 15 minut dziennie, dodatkowa suplementacja preparatami wielowitaminowymi (do 400 IU/dobę) jest bezpieczna.

#### **Propozycje suplementacji dla noworodków i niemowląt**

Noworodki i niemowlęta karmione piersią powinny otrzymać suplementację witaminą D w dawce 400 IU/dobę począwszy od pierwszych dni życia.

Według najnowszych zaleceń Amerykańskiej Akademii Pediatrii z 2008 roku: „Suplementacja witaminą D powinna rozpocząć się w pierwszych dobach życia, a nie jak dotychczas w ciągu pierwszych 2 miesięcy życia. U niemowląt poniżej 6 m.ż. zaleca się stosowanie filtrów UV na skórę lub okrywanie ciała odzieżą – to zaś eliminuje syntezę skórnej witaminy D”.

Niemowlęta karmione piersią, nawet przy spożyciu 1 litra pokarmu kobiecego, otrzymują śladowe ilości witaminy D. Bez jej dodatkowej podaży w formie preparatów farmakologicznych i braku syntezy skórnej, noworodki znajdują się w grupie szczególnego ryzyka niedoboru witaminy D. Ryzyko u noworodka wzrasta, gdy matka ma głębokie niedobory witaminy. Zalecana w profilaktyce dawka 400 IU/dobę jest wystarczająca do utrzymania prawidłowych poziomów witaminy D u niemowląt. Kanadyjskie Towarzystwo Pediatryczne rekomenduje zwiększenie dawki witaminy D do 800 IU/dobę, w okresie od października do kwietnia u niemowląt zamieszkujących obszar położony pomię-

dzy 40. a 55. stopniem szerokości geograficznej.

Noworodki i niemowlęta karmione mlekiem modyfikowanym powinny otrzymywać witaminę D od pierwszych dni życia.

Łączna dawka z diety i suplementów powinna wynosić 400 IU/dobę.

Przy spożyciu mleka modyfikowanego w ilości zapewniającej 400 IU/dobę dodatkowa suplementacja witaminą D nie jest konieczna.

W przypadku karmienia mieszane (mleko matki i mleko modyfikowane) dawkowanie witaminy D ustala lekarz.

### **Witamina D u dzieci i młodzieży**

W Polsce głównym celem suplementacji witaminą D dzieci i młodzieży jest utrzymanie jej odpowiedniego poziomu w miesiącach zimowych. Polska leży między 49 a 55 równoleżnikiem na półkuli północnej, co zmniejsza nasłonecznienie w okresie zimowym. Należy przyjąć, że w naszym kraju od października do marca synteza skórnej witaminy D nie zachodzi.

Czynniki ryzyka niedoborów witaminy D w tej grupie związane są głównie ze zmianami w zakresie nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej, rasą, miejscem zamieszkania (obniżona synteza skórna).

Do mniejszej syntezy skórnej przyczynia się także stosowanie kremów z filtrami (krem z filtrem SPF 8 elimi-

---

Polska leży między 49 a 55 równoleżnikiem na półkuli północnej, co zmniejsza nasłonecznienie w okresie zimowym. Należy przyjąć, że w naszym kraju od października do marca synteza skórnej witaminy D nie zachodzi.

nuje syntezę skórą w 95 proc., a SPF 15 w 98 proc.) oraz urbanizacja (w cieniu ilość promieniowania słonecznego zmniejszona jest o 60 proc.).

Ważnym czynnikiem ryzyka w tej grupie wiekowej jest dieta. Obserwuje się zmniejszające się spożycie witaminy D wraz z naturalnymi jej źródłami pokarmowymi, takimi jak tłuste ryby i tran.

Badacze Andersen i współpracownicy wykazują, że zimą w krajach Europy Północnej (Dania, Polska, Finlandia, Irlandia) poziom 25(OH)D jest niski u nastoletnich dziewcząt.

W Polsce zimą 33 proc. dziewcząt miało poziom 25(OH)D < 10 ng/ml, a aż 87proc. < 20 ng/ml [1], czyli poniżej dolnej granicy zalecanych obecnie dawek optymalnych.

Synteza skórna jest głównym źródłem witaminy D u dzieci i młodzieży. Należy „wypracować porozumienie” pomiędzy potrzebą ekspozycji na słońce (profilaktyka niedoborów wapnia, krzywicy, występowania chorób układu immunologicznego i nowotworów wieku dojrzałego – raka piersi, prostaty, jelita grubego) a ryzykiem wystąpienia raka skóry.

Ostatnie badania wskazują, że 16 – 54 proc. nastolatków w Polsce ma poziom 25(OH)D < 20 ng/ml. Istnieje więc potrzeba suplementacji zdrowych dzieci witaminą D.

Obecnie obowiązujące Zalecenia Konsultanta Krajowego w Dziedzinie Pediatrii określają podaż witaminy D w dawce 400 IU/dobę z pożywienia i/lub preparatów farmakologicznych dla dzieci w wieku 1–18 lat<sup>2</sup>.

Korzyści suplementacji:

- układ mięśniowo-szkieletowy u dziewcząt – pozytywny wpływ na wzrost kości,
- wpływ immunoprotekcyjny w chorobach autoimmunologicznych,
- cukrzyca typu 1 – obniżenie ryzyka wystąpienia (suplementowanie w 1 roku życia niemowląt obniżyło o 78 proc. ryzyko wystąpienia cukrzycy typu 1),
- Akumulacja masy kostnej – intensywne wzrastanie w okresie dojrzewania.

**W Polsce synteza skórna jest efektywna przez 3 godziny w marcu i wrześniu oraz 9 godzin w czerwcu i lipcu.**

### **Propozycje suplementacji dla dzieci i młodzieży (2–18 lat)**

Suplementacja witaminą D w dawce 400 IU/dobę w okresie od października do marca.

Suplementacja witaminą D w dawce 400 IU/dobę wskazana przez cały rok, jeśli w miesiącach letnich nie jest zapewniona wystarczająca synteza skórna witaminy D (codzienna 15-minutowa ekspozycja na słońce 18 proc. powierzchni ciała; odsłonięte przedramiona i częściowo odsłonięte nogi bez stosowania filtrów ochronnych).

U dzieci z nadwagą/otyłością – rozważyć zwiększenie suplementacji witaminą D do 800 – 1000 IU/dobę.

### **Osoby dorosłe**

Badania u osób dorosłych wykazały, że ciężkie niedobory witaminy D są czynnikiem ryzyka:

- otyłości,
- nadciśnienia tętniczego,
- chorób sercowo-naczyniowych,
- cukrzycy,
- nowotworów,
- u osób po 65. roku życia związane są ze zwiększeniem liczby upadków i złamań kości.

### **Propozycje suplementacji witaminą D dla dorosłych**

Bezpieczna suplementacja od października do kwietnia w dawce 800-1000 IU/dobę w zależności od masy ciała.

W porze letniej wystarczająca synteza skórna witaminy D – ekspozycja na słońce 18 proc. powierzchni ciała (odsłonięte przedramiona i częściowo nogi) bez stosowania filtrów ochronnych przez 15 minut dziennie.

U osób po 65. roku życia ze względu na obniżoną syntezę skórą oraz udowodnione działanie przeciwzapalne i przeciwapadkowe zaleca się suplementację witaminą D w dawce 800 – 1000 IU/dobę przez cały rok.

Słowniczek

*proliferacja* – w biologii oznacza mnożenie się komórek.

*apoptoza* – zaprogramowana śmierć komórki w ustroju żywym – dzięki temu mechanizmowi usuwane są zużyte lub uszkodzone komórki.

*angiogeneza* – jeden z procesów prowadzących do powstania nowych naczyń krwionośnych, w którym naczynia krwionośne powstają na bazie już istniejących. W chorobie nowotworowej powstające naczynia krwionośne odżywiają guz i przyczyniają się do tworzenia przerzutów).

*cytokiny* – cząsteczki białkowe wpływające na wzrost i pobudzenie komórek biorących udział w odpowiedzi odpornościowej organizmu.

*osteomalacja* – (inaczej: rozmiękanie kości lub krzywica dorosłych) – niedostateczna mineralizacja kości spowodowana niedoborem witaminy D i w konsekwencji utratą wapnia i fosforu z tkanki kostnej. ■

Literatura:

1. Andersen R., Mølgaard C., Skovgaard i wsp. Teenage girls and elderly women living in northern Europe have low Winter vitamin D status. *Eur J Clin Nutr* 2005;59:533-541.
2. Dobrzańska A, Lukas W, Socha J. i wsp. Zalecenia Krajowego Konsultanta w dziedzinie Pediatrii i Zespołu Ekspertów dotyczące profilaktyki krzywicy i osteoporozy. *Standardy Med.* 2004;1(4): 443-445.
3. Encyklopedia Biologia. Greg, Kraków, wyd.II
4. Płudowski P.: Nowe spojrzenie na suplementację witaminą D. *Standardy Medyczne Pediatria* 2009; tom 6
5. Rodzenna Encyklopedia Zdrowia, tom 1
6. Ziółkowska H.: Leczenie witaminą D – aktualne zalecenia. Materiały szkoleniowe PTND- Borne Sulimowo 2009.

mgr Katarzyna Babska  
Koło Naukowe PTP



# Kampania **Pola Nadziei** w Łodzi

Pola Nadziei są programem stworzonym przez Fundację Marie Curie Cancer Care w Wielkiej Brytanii.

Ideą programu jest pozyskiwanie funduszy na utrzymanie hospicjów, a także edukacja i uwrażliwienie społeczeństwa na los osób znajdujących się terminalnym stadium choroby nowotworowej.

Pola Nadziei to kampania, zainicjowana przed 60 laty w Szkocji. Jej międzynarodowym symbolem są żonkile, które przypominają nam o ludziach cierpiących, oczekujących naszej pomocy i opieki w trudnym okresie odchodzenia z tego świata.

Główne cele programu Pola Nadziei to:

- uwrażliwienie społeczeństwa na los osób cierpiących,
- przygotowanie dzieci i młodzieży do pomocy chorym i cierpiącym,
- edukacja dotycząca opieki nad nieuleczalnie chorymi i ich rodzinami,
- pozyskiwanie środków finansowych dla hospicjum.

Co roku, około 4 października, kiedy to przypada Międzynarodowy Dzień Opieki Hospicyjnej, tysiące ludzi na całym świecie sadi żonkile: przed szkołami, szpitalami, urzędami w parkach i na skwerach. Jest to symboliczny akt solidarności z umierającymi. Wiosną, kiedy żonkile kwitną, odbywa się akcja pozyskiwania funduszy

na potrzeby lokalnych hospicjów. Ofiarodawcy otrzymują za swoje serce kwiat żonkila lub jego symbol.

W roku 1998 Fundacja Marii Curie Cancer Care przygotowując się do obchodów 50 rocznicy istnienia i mając za patronkę Marię Skłodowską Curie, postanowiła zapoznać ze swoją pracą jedno z polskich hospicjów. Kraków i Edynburg to miasta bliźniacze, zatem Kraków został wybrany jako miejsce polskiej edycji „Pól Nadziei”.

Beneficjentem programu zostało Towarzystwo Przyjaciół Chorych „Hospicjum” w Krakowie.

W 1997 roku rozpoczęła się I Kampania „Pola Nadziei” w Polsce. Żonkile sadzono na zieleńcach i w parkach Krakowa oraz pod Hospicjum św. Łazarza. Program pozyskiwania środków na działalność hospicyjną został przekazany TPCh Hospicjum św. Łazarza przez Fundację Marii Curie Cancer Care w Edynburgu.

Wiosną 1998 roku w parkach krakowskich zakwitły pierwsze polskie „pola nadziei” a 350 tysięcy żonkिलych cebulek oraz niezbędną do przeprowadzenia akcji pomoc i wiedzę przekazała Fundacja MCCC.

Międzynarodowym symbolem kampanii są żonkile, które przypominają nam o ludziach cierpiących, oczekujących naszej pomocy i opieki w trudnym okresie odchodzenia z tego świata





Dzięki temu Pola Nadziei stały się kampanią zbierania pieniędzy na rzecz opieki paliatywnej i hospicyjnej nad ciężko chorymi i ich rodzinami również w Polsce. Organizatorem i koordynatorem tej akcji zostało Hospicjum Św. Łazarza w Krakowie. Obecnie do akcji Pola Nadziei przystępuje wiele miast w naszym kraju, w tym Łódź.

W akcji od kilku lat czynnie uczestniczą nauczyciele i studenci kierunku Pielęgniarstwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi.

W październiku 2007 roku setki żonkili zasadzono przed budynkiem kierunku Pielęgniarstwo przy ul. Pomorskiej 83/85.

14 października 2008 roku Kierunek Pielęgniarstwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej w Łodzi we współpracy z Działem Promocji, Fundacją Gajusz i Urzędem Miasta Łodzi zorganizował akcję wspólnego sadzenia kilkuset cebulek żonkili na Polach Nadziei na Skwerze im. Powstania Węgierskiego 1956 roku

Kontynuacja tej akcji odbyła się 20 kwietnia 2009 roku, kiedy to studenci pod opieką nauczycieli uczestniczyli w akcji „Kwiatek za datek”, kwestując na ul. Piotrkowskiej i pozyskując fundusze na rzecz Fundacji Gajusz..

W roku 2009 w Łodzi program realizowany jest przez Zespół Domowej Opieki Hospicyjnej Caritas Archidiece-

Studentki kierunku Pielęgniarstwo AHE z akcji Pola Nadziei

zji Łódzkiej, przy współpracy Biura Wolontariatu Caritas Archidiecezji Łódzkiej. W jego realizację również czynnie włączyli się nauczyciele i studenci kierunku Pielęgniarstwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej.

Patronat honorowy nad realizacją programu objęli Ksiądz Arcybiskup Władysław Ziółek Metropolita Łódzki, Wojewoda Łódzki Jolanta Chełmińska, Marszałek Województwa Łódzkiego Włodzimierz Fisiak i Prezydent Miasta Łodzi Jerzy Kropiwnicki.

W piątkowe południe, 9 października, o godzinie 12.00, uroczystą mszą świętą w łódzkiej archikatedrze, Zespół Domowej Opieki Hospicyjnej Caritas Archidiecezji Łódzkiej rozpoczął kampanię „Pola Nadziei” w Łodzi.

Po mszy świętej uczestnicy uroczystości zgrupowali się z tyłu archikatedry, przy specjalnie przygotowanym pod „pole nadziei” trawniku. Tę część spotkania otworzył chorał „Solenne” węgierskiego kompozytora Frygesa Hidasa, w wykonaniu trzech trębaczy – muzyków orkiestry Teatru Wielkiego w Łodzi. Jak wyjaśniła prowadząca uroczystość dr Iwona Sitarska, koor-

dynator ZDOH Caritas, będzie to zwia-  
stun dźwiękowy akcji „Pola Nadziei”  
w Łodzi.

Następnie dr Jolanta Stokłosa z krakowskiego Hospicjum im. św. Łazarza, które koordynuje „Pola Nadziei” w Polsce, opowiedziała o historii i idei kampanii.

Spotkanie zakończyło wspólne sadzenie 1500 cebulek żonkili i kwesta na działalność hospicjum Caritas.

Od tego dnia prowadzone będą też akcje edukacyjne, polegające na organizowaniu spotkań, warsztatów, kwest i imprez towarzyszących dla Łożdzian. Ukoronowaniem tych działań będzie wiosenna kampania, podsumowująca realizację programu.

Kolejne żonkilowe pole w ramach kampanii „Pola Nadziei” powstało w środę, 14 października, o godzinie 12.00 w łódzkiej Manufakturze. Choć aura nie sprzyjała pracom polowym, na spotkanie na rynku Manufaktury przybyli ludzie, którym idea hospicyjna jest bliska sercu. W akcji uczestniczyli przedstawiciele miasta i województwa, przedstawiciele zarządu Manufaktury, wolontariusze hospicjum Caritas, dzieci i młodzieży ze Szkolnych Kół Caritas. W akcji czynnie uczestniczyli także nauczyciele i studenci kierunku Pielęgniarstwo AHE w Łodzi. Kolejne żonkilowe pole powstało w czwartek, 15 października, o godzinie 11.00, przy budynku Biblioteki Głównej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. „Pola Nadziei” posadzone zostaną też przy szkołach i uczelniach naszego miasta. Trzecie i ostatnie sadzenie cebulek żonkili odbyło się w poniedziałek 19 października o godz. 12.00 przed Kościołem pw. Najświętszej Maryi Panny Królowej Pokoju przy ul. Rewolucji 1905 roku nr 47.

Wiosną 2010 roku nastąpi uroczyste podsumowanie realizacji programu Pola Nadziei 2009, połączone ze zbiórką funduszy na działalność opieki hospicyjnej w Łodzi. ■

mgr Agnieszka Renn-Żurek  
Opiekun Koła Naukowego  
kierunku Pielęgniarstwo AHE w Łodzi



# Życie jest darem...

## Godna śmierć – prawem każdego człowieka

Przez stulecia obowiązywała nas tzw. tradycyjna definicja śmierci. Według niej śmierć człowieka następowała w momencie ustania wszelkiej czynności oddechowej oraz krążenia, przy czym za dokładny moment śmierci zazwyczaj uznawano ostatni oddech lub częściej ostatnie wysłuchane uderzenie serca (łac. *cor ultimum moriens*).

Rozwój technik reanimacyjnych i anesteziologicznych uczynił, iż stało się możliwym podtrzymanie wentylacji płuc i krążenia metodami sztucznymi. Stan ten wymógł powstanie tzw. nowej definicji śmierci. W tej definicji podstawę do uznania człowieka za zmarłego stanowi śmierć całego mózgu (łac. *mors biologica cerebri*).

W późniejszym okresie zauważono, że śmierć komórek mózgu nie następuje jednocześnie. W związku z tym powstała nowa zmodyfikowana definicja śmierci. Stwierdza ona, że śmierć pnia mózgu implikuje śmierć mózgu jako całości, choć nie oznacza, że w momencie stwierdzenia śmierci pnia martwe są również wszystkie komórki mózgu. Według tej definicji śmierć pnia mózgu jest niezbędnym i wystarczającym warunkiem do uznania osoby za zmarłą. Należy pamiętać, że powyższe definicje dotyczyły śmierci osobniczej człowieka w sensie prawnym. Jednak samo umieranie jest procesem, którego nie można zredukować do jednego momentu, zwłaszcza gdy mamy do czynienia ze śmiercią powolną. W związku z tym wyróżnia się następujące stany:

– agonia, na którą składają się:  
życie zredukowane (łac. *vita reducita*) – stan, w którym następuje osła-

bienie procesów fizjologicznych oraz czynności poszczególnych układów organizmu

życie minimalne (łac. *vita minima*) – stan, w którym następuje dalsza dysregulacja funkcji życiowych układów

śmierć pozorna nazywana też letargiem – okres zaliczany do życia minimalnego, w którym funkcje życiowe układów krążenia i oddechowego są tak zredukowane, że niewykrywalne – śmierć kliniczna – jest to całkowite ustanie czynności układów krążenia i oddechowego, które jest jednak odwracalne. Jest to moment oddzielający agonię, w której zmiany są odwracalne od okresu interletalnego, w którym zachodzą zmiany nieodwracalne

– okres interletalny, czas w którym równolegle występują dwa stany:

życie pośrednie (łac. *vita intermedia*) – jest to okres w którym można jeszcze od poszczególnych narządów lub tkanek uzyskać właściwe dla tej tkanki reakcje

śmierć biologiczna – ustanie wszelkich procesów życiowych komórek.

Obecnie warto wspomnieć o współczesnym fenomenie przewartościowania społecznych postaw wobec śmierci. Śmierć nie jest postrzegana jako stała, naturalny komponent istnienia

i rzadko jest przeżywana jako naturalny koniec życia. Pojawienie się śmierci w życiu współczesnego człowieka inicjuje w nim najczęściej reakcje nieprzystosowania, u podłoża których leży brak rzeczywistej akceptacji intelektualnej i emocjonalnej jej faktu. A to właśnie uczucia i emocje wydają się być dominujące w relacji człowieka do umierania i śmierci, natomiast obawy i lęki wzmacniają zachowania unikowe wobec wszystkiego co dotyczy śmierci lub ją przypomina. Istnieje wiele przyczyn takiego stanu rzeczy, ale trzy spośród nich wydają się nader istotne. Pierwszą jest postępujący proces sekularyzacji, który wypiera religię. Drugą – szybki rozwój urbanizacji oraz utrata możliwości bezpośredniej obserwacji natury, zaś trzecią przyczyną jest rozwój badań w zakresie nauk medycznych, który wyraźnie znosi granicę między życiem a śmiercią, stwarzając możliwości sztucznego podtrzymywania życia oraz pozornego wyparcia śmierci.

Bez wątpienia, powyższe przewartościowanie postaw wobec śmierci pozbawia człowieka wielu sposobów terapeutycznego wsparcia. Jeżeli natomiast pozostały jakieś formy oswojania śmierci w naszej kulturze, to postrzega się je jako relikty przeszłości.

ści lub ciekawostkę etnograficzną. Szkoda, że nie zwraca się uwagi na ich niekwestionowany walor terapeutyczny.

Jednym z przykładów naszej kultury okresu średniowiecza były rytualne obrzędy Bractwa Dobrej Śmierci. Przygotowywały one swoich członków do szczęśliwego zakończenia życia, podpierając się bogatą literaturą zwaną „ars moriendi”, czyli sztuka umierania. W filozofii Bractwa Dobrej Śmierci, śmierć traktowana jest nie tylko jako zjawisko biologiczne, lecz jako wydarzenie społeczne. Śmierć w strukturze społecznej jest wszechobecna i nieodwracalna, zawsze nieuchronna – budzi grozę i dlatego też trzeba się do niej godnie przygotować. Ta idea powinna być szanowana również dzisiaj. Wszyscy chcielibyśmy umierać z godnością. Przekonani jesteśmy, że ludzka godność ściśle wiąże się z prawami człowieka umierającego, które są adaptacją deklaracji praw człowieka aż do tego wyjątkowego momentu ludzkiego życia, czyli jego końca.

Umieranie jest już ostatnim etapem ludzkiego życia i nasze prawo do godnego umierania jest konsekwencją prawa do godnego życia. Jak mawiał Seneka Młodszy: „Przez całe życie trzeba się uczyć umierać”. Tylko śmierć naturalna, będąca następstwem nieuleczalnej choroby lub brakiem możliwości biologicznych do kontynuowania życia (starzenie się), nie narusza podstawowego prawa człowieka do życia.

Godne umieranie to również zachowanie integralności osobowej, czyli podstawowych cech przysługujących człowiekowi – świadomości i podmiotowości. Mają one wyraz, w tej fazie życia, w uczestnictwie chorego w procesie terapeutycznym.

Istotnym elementem umierania jest kontynuacja ról i relacji społecznych, kontaktu z bliskimi, przyjaciółmi. Ogromna rola należy tu do placówek medycznych i opiekuńczych, aby zapewnić choremu kontakt z rodziną i bliskimi o każdej porze. Najpełniej jednak można to uczynić zapewniając umierającemu opiekę w domu. Jest

to obecnie coraz częściej stosowane ze względu na większą możliwość zapewnienia choremu – umierającemu, zarówno opieki medycznej jak i poczucia bezpieczeństwa, zaś członkom rodziny uświadomienia więzi łączącej pokolenia. Niestety, wciąż brakuje nam rozbudowanych struktur społeczno-medycznych, które zagwarantowałyby wystarczającą opiekę nad ludźmi chorymi czy umierającymi. A przecież nie wszyscy chorzy mają rodzinę czy bliskich, a nawet jeśli, to nie chcą oni lub też nie mogą się nimi zająć. Wówczas obowiązek solidarnej opieki nad takim człowiekiem spada na służby medyczne, hospicja, domy pomocy społecznej, domy spokojnej starości a niejednokrotnie przytułki dla bezdomnych. Trudno tu wówczas mówić o godności umierania.

Godne umieranie to również umieranie bez cierpienia i bólu, które dręczą i dekoncentrują umierającego, które utrudniają mu relacje z otoczeniem. Jednak częstym doświadczeniem umierającego jest ból, nieodłączny element choroby. Wywołuje on niepokój, drażliwość, depresję co z kolei w otoczeniu może wyzwać niechęć do chorego a w konsekwencji całkowite jego osamotnienie. Ból ogranicza kontrolę nad swoim życiem a także nad kształtowaniem relacji z bliskimi. Dlatego też należy ten ból ograniczać, by umierający do końca swoich dni mógł w miarę sprawnie funkcjonować. Trzeba jednak dodać, że działania przeciwbólne wywołują skutki uboczne w różnych postaciach (wymioty, zaparcia, nudności, biegunki), z którymi należy odpowiednio postępować tak, aby zapewnić komfort choremu. W niektórych przypadkach łagodzenie bólu odbywa się za cenę ograniczenia świadomości chorego, nie można wtedy wykluczyć, że może to przyspieszyć śmierć. Należy jednak pamiętać, że pozbawianie umierającego świadomości bez poważnej konkretnej przyczyny (stosowanie opioidów – morfiny i pochodnych) po to tylko, żeby ograniczyć kontakt z uciążliwym pacjentem jest co najmniej nieetyczne. Natomiast

usilne prośby chorego o podanie środków przeciwbólowych powinny spełnić zadość jego życzeniom.

Współczesna etyka lekarska i prawodawstwo medyczne wyraźnie podkreślają, że nawet w terminalnej fazie choroby pacjent zachowuje prawo do rzetelnej informacji o stanie zdrowia i udziału w podejmowaniu decyzji. Fakt zbliżającej się śmierci jest zbyt ważny, by zataić przed chorym jego nadejście. Umierający powinien mieć możliwość uporządkowania wszystkich swoich spraw – rodzinnych, finansowo-prawnych czy też duchowo-religijnych. Zatajenie prawdy obniża autorytet lekarza i całego zespołu terapeutycznego, a przede wszystkim całkowicie pozbawia zaufania. Pełna i rzetelna informacja o chorobie jest potrzebna nieuleczalnie choremu również po to, by mógł współdecydować o swojej terapii. W każdej chwili może też swoje decyzje o sposobie leczenia zmienić bądź wycofać. Jednak zawsze ma pełne prawo do informacji o zbliżającej się śmierci i lekarz, który taką informację przekazuje, powinien to zrobić z olbrzymim taktem i ostrożnością. Najlepiej gdyby pacjent przy pomocy lekarza sam odkrył prawdę, w taki sposób by mógł się tym faktem stopniowo oswajać. Istnieje też możliwość, iż pacjent wyraźnie nie życzy sobie żadnych informacji na ten temat i jego wolę trzeba uszanować.

Pogodzić się z nieuleczalną chorobą i śmiercią jest niezwykle trudne. Chorzy doświadczają smutku, niepokoju, strachu, poczucia winy a temu wszystkiemu towarzyszy narastający ból fizyczny. Tu pojawia się ogromna rola opieki paliatywnej jako opieki całościowej, której celem jest łagodzenie cierpienia, wsparcie psychologiczne i duchowe. Podczas choroby terminalnej człowiek traci poczucie sensu, ulega rozpadowi cały jego ład organizujący życie. Pojawia się lęk egzystencjalny, który skłania chorego do pytania o istnienie Boga. Dlatego też pomoc psychologiczna i wsparcie duchowe są tak ważne w znalezieniu spokoju i ukojenia negatywnych emocji. Nawet najlepsza opieka paliatyw-

na nie uwolni człowieka całkowicie od lęku przed śmiercią. W kulturze europejskiej zakorzenione jest przekonanie, że człowiek złożony jest z ciała i duszy – nieśmiertelnego elementu pochodzącego od Boga. Nawet najmniejsza cząstka tego pierwiastka zapowiada kontynuację człowieka po śmierci. Wiara pozwala umierającemu znaleźć odpowiedź na pytanie o przyszłość i zaspokaja pragnienie nieśmiertelności. Należy jednak oprzeć się pokusie natrętnego nawracania chorego na siłę. Osoba towarzysząca umierającemu powinna uszankować jego światopogląd i pomóc mu pogodzić się ze zbliżającą śmiercią odwołując się właśnie do niego.

Nowoczesna medycyna daje wiele możliwości leczenia i przedłużania ludzkiego życia. Często jednak uciążliwe zabiegi i terapie nie przynoszą pacjentowi spodziewanej poprawy zdrowia, narażają go na dodatkowe cierpienie, pochłaniają ogromne środki finansowe. Wówczas pojawia się problem, jak długo chory, jego rodzina i społeczeństwo mają obowiązek podejmowania takich działań. Aby ten problem rozwiązać i ułatwić podejmowanie decyzji, pojawiło się wypracowanie pojęcia medycznych środków proporcjonalnych i nieproporcjonalnych, które mogą być zastosowane, aby ratować życie.

Zaprzestanie zabiegów medycznych, kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych lub niewspółmiernych do spodziewanych rezultatów może być uprawnione. Jest to odmowa tzw. uporczywej terapii. Uporczywa terapia jest z definicji nieskuteczna leczniczo, przedłuża tylko umieranie – cierpienie i ograniczone funkcjonowanie chorego oraz pociąga za sobą koszty. Jak powiedział Jean Paul Sartre: „Kiedy widzi się do czego doprowadziła współczesna medycyna, pytamy siebie mimo woli: ile piętér ma śmierć?”. Uporczywa terapia jednak nie obejmuje nigdy podstawowych zabiegów pielęgnacyjnych – karmienia, nawadniania, łagodzenia bólu i innych objawów, a takie środki trzeba przecież choremu zapewnić zawsze. Decyzję o rezygnacji z upo-

rczywej terapii podejmuje sam chory – zgodnie z jego wiedzą i sumieniem – po zapoznaniu się z uzasadnioną medyczną opinią kompetentnego lekarza. Prawo polskie nie pozwala zdecydować o tym fakcie rodzinie.

Każda choroba terminalna przekreśla wszystkie plany człowieka. Perspektywa śmierci kwestionuje wszystko – kim człowiek był, czego dokonał, co osiągnął i co posiada. Według Zygmunta Freuda: „Nikt nie wierzy we własną śmierć a nasza nieświadomość zachowuje się tak jakby była nieśmiertelna”. Dlatego ciągle rozwijamy strategie zaprzeczające śmierci: tworzymy historię, społeczną pamięć, pomniki i symbole. Fenomen ten szczególnie dobitnie ujawnia się w chorobie nieuleczalnej a zaprzeczenie jest jednym z mechanizmów obronnych.

Pogłębiająca się choroba utrudnia człowiekowi stanowienie o sobie, rozrywa ludzkie relacje, oddala od rodziny, przyjaciół i bliskich. Powoduje to naturalny sprzeciw od niezgody aż do agresji i buntu włącznie. Obawa o losy najbliższych oraz utrata szczęścia i miłości są formą bólu duchowego. Niestety, istniejąca w placówkach ochrony zdrowia tendencja do oddzielania umierającego od społeczeństwa, rodziny, innych pacjentów pozbawia go wszelkiej możliwości komunikowania się i pozostawia samotnego w cierpieniu i udręce. A przecież zwykła obecność drugiej osoby, gotowość do

wysłuchania są najczęściej wszystkim, o co prosi umierający. Człowiek nie jest w stanie sprostać umieraniu w pojedynkę, boi się, śmierć go przeraża, bowiem pokazuje, że jest podporządkowany sile większej od siebie i nie potrafi się przeciwstawić. „Upragniona to śmierć – umrzeć bez strachu przed śmiercią” Seneka Młodszy. W obliczu śmierci tak umierający jak i osoby towarzyszące potrzebują międzyludzkiej solidarności, aby nie utracić poczucia sensu swojej egzystencji.

Śmierć jest dla człowieka ostatnim zadaniem do wykonania. Trzeba zatem zrobić wszystko, by pomóc człowiekowi wypełnić je w sposób godny i ludzki, poprzez właściwą opiekę, okazywanie szacunku, ciepła i życzliwości.

Ci, którzy mają przywilej towarzyszenia komuś w ostatniej fazie jego życia, wiedzą, że wkraczają w chwile najbardziej osobiste. Osoba ta będzie się starała przed śmiercią przekazać otoczeniu, to co dla niej najistotniejsze. Czy będzie to gest, czy słowo, czy tylko spojrzenie, będzie się starała powiedzieć to co naprawdę ważne, a co nie zawsze mogła lub potrafiła powiedzieć. Może powinniśmy zadać sobie pytanie, jaka wartość może mieć dla nas żywych ostatnie przejście, jaką wartość ma ono dla tych, którzy odchodzą. (Marie De Hennezel, 1998) ■

Literatura u autorki

## Z żałobnej karty

W dniu 5 października odeszła od nas

dr n med.

**Ewa Sudoł-Jednorowicz**

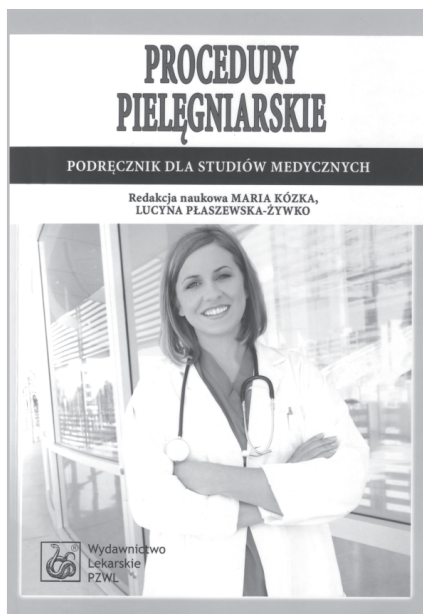
Żegnamy wspaniałego Człowieka,  
pracującego z wielkim zaangażowaniem nad poprawą  
zdrowia najmłodszych mieszkańców województwa.

Wieloletniego pracownika  
Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi.  
Rodzinie składamy wyrazy współczucia

Dyrekcja oraz współpracownicy

„Utrzymywać życie i działać na korzyść życia – oto co jest dobre;  
niszczyć życie i ograniczać życie – oto co jest złe”

Albert Schweitzer



## **Procedury pielęgniarskie. Podręcznik dla studiów medycznych**

Maria Kózka, Lucyna Płaszewska-Żywko

Wydawnictwo Lekarskie PZWL

Warszawa 2009

ISBN 978-83-200-3656-5

W podręczniku – opracowanym przez zespół doświadczonych nauczycieli akademickich – omówiono obowiązujące w Polsce prawne i naukowe podstawy praktyki pielęgniarskiej. Scharakteryzowano również dwie najbardziej znane klasyfikacje procedur pielęgniarskich obowiązujące w pielęgniarstwie światowym – Klasyfikację Interwencji Pielęgniarskich (NIC) i Międzynarodową Klasyfikację Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP). Przedstawiono także metodologię i klasyfikację procedur własnych. W przedstawionych pięciu częściach podręcznika zamieszczono opis procedur, grupując je według przyjętej klasyfikacji: procedury podstawowe, profilaktyczne, diagnostyczne i terapeutyczne. W części pierwszej przedstawiono podstawy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki, zastosowanie badań naukowych w praktyce zawodowej pielęgniarki, procedury jako element jakości opieki zdrowotnej, klasyfikację procedur pielęgniarskich oraz metodologię opracowania procedur pielęgniarskich. W części drugiej opisano procedury podstawowe: zabiegi higieniczne, przemieszczanie/układanie chorego, karmienie, wydalanie, bandażowanie.

Część trzecia przedstawia procedury profilaktyczne: usprawnianie lecznicze w zakresie układu oddechowego, profilaktyka zakażeń. W części czwartej wyszczególniono procedury diagnostyczne: badania, pomiary, asystowanie przy badaniach diagnostycznych. Część piąta zawiera opis procedur terapeutycznych: zabiegi wykonywane w stanach zagrożenia życia, dostępy naczyniowe, podawanie leków, krwi i preparatów krwiozastępczych, tlenoterapia i fototerapia, zabiegi przeciwzapalne, opatrywanie ran, płukanie i na zakończenie podano dla ułatwienia alfabetyczny spis procedur. Książka adresowana jest zarówno do studentów pielęgniarstwa, jak i pracujących pielęgniarek w różnych zakładach opieki zdrowotnej.

główny specjalista ds. merytorycznych  
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska