

## Mobbing w pracy

Czy w czasie wykonywania powierzonych wam obowiązków macie wrażenie, że jesteście dręczeni psychicznie? Czy podczas wykonywania pracy ktoś was ośmiesza, podważa wasze kwalifikacje? Jeśli tak się dzieje to jesteście poddawani mobbingowi.

16

## Jak i dlaczego zostałam pielęgniarką?

Mimo nadmiaru obowiązków, mimo niskich wynagrodzeń, czy wreszcie pomimo częstych naszych własnych kompleksów (niekiedy być może nabywanych w szkole, ale to już zapewne historia), to jednak pielęgniarstwo jest jedną z najpiękniejszych sztuk.

12

## Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Słowo Przewodniczącej  
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych
- 3 **Serwis informacyjny**
- 5 **Zalecenia konsultanta**  
Profilaktyka ryzyka upadku
- 7 **Komunikaty**
- Rozstrzygnięcie konkursu**
- 8 Wybór na całe życie
- 10 Świat ciągle pędzi do przodu
- 12 Jak i dlaczego zostałam pielęgniarką?
- 14 **Podziękowania**
- 15 Badanie potrzeb szkoleniowych pielęgniarek  
i położnych w obszarze aspektów psychologii  
komunikacji i zapobiegania stresowi
- 16 Mobbing w pracy
- Okiem psychologa**
- 21 Idea wywiadu motywującego  
w opiece pielęgniarskiej nad  
pacjentem z chorobą przewlekłą
- 25 Zaburzenia depresyjne u rodzin pacjentów  
z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii
- 27 **Kącik biblioteczny**
- 28 Standard postępowania z pacjentem depresyjnym

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 ma-  
teriałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamó-  
wionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.

ISSN: 1640 - 7679

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, 042 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

# SŁOWO PRZEWODNICZĄCEJ OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W ŁODZI

„Aby nadać sens i wartość swojemu  
życiu, trzeba wypracować sobie pogląd  
na świat – a to znaczy uwierzyć, że są  
ideały, którym warto życie poświęcić.

Tadeusz Czeżowski



Szanowne Koleżanki i Koledzy

Mamy za sobą okres wyborów delegatów na XXVII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi. Chyba pierwszy raz zdarzyło się, że wybory te przebiegały burzliwie. To dobrze, bo oznacza to, że nie pracujemy utartymi schematami. Dotyczy to zarówno życia zawodowego jak i prywatnego.

Lepiej się żyje, gdy wszystko jest wyjaśnione.

Przed nami Zjazd, na którym delegaci dokonają wyborów nowych członków organów

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych.

Proszę o to, aby te wybory były przemyślane i mądre. O to, aby organy samorządu reprezentowały całą społeczność pielęgniarek i położnych a nie tylko określone grupy. Tylko silny samorząd ma możliwość zjednoczenia całej grupy pielęgniarek i położnych i wywalczyć nie tylko godne warunki pracy, ale i godną tej pracy zapłatę. Życzę tego z całego serca.

Mamy przed sobą bardzo trudny okres w życiu zawodowym. Będą kształtowały się na dobre

zmiany w zawieraniu umów o pracę/kontraktów. Proszę Państwu przypomnieć, że w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej

z 15 lipca 2011 roku umieszczono artykuł 19, który mówi o tym, w jakich formach pielęgniarka i położna może wykonywać zawód. Ustęp 4 ww. artykułu przypomina, że „pracodawca nie może podejmować działań dyskryminujących ze względu na formę wykonywania zawodu przez pielęgniarkę i położną” a ustęp 5 o tym, że odmowa zmiany formy wykonywania zawodu przez pielęgniarkę lub położną wykonującą zawód w podmiocie leczniczym w ramach umowy o pracę, nie może stanowić przyczyny uzasadniającej wypowiedzenie przez pracodawcę stosunku pracy lub jego rozwiązanie bez wypowiedzenia. Oczywiście, wybór formy zatrudnienia zawsze należy do Państwa. Na zakończenie ze swojej strony chciałabym wszystkim Państwu podziękować za współpracę oraz życzyć sukcesów zawodowych oraz w życiu osobistym.

Przewodnicząca Okręgowej Rady  
Pielęgniarek i Położnych w Łodzi  
mgr Zofia Komorowska

# Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje

## ORPiP w dniu 24 sierpnia 2011 r.

- ▶ Przyznano jedną zapomogę bezzwrotną.
- ▶ Zatwierdzono kadrę dydaktyczną dla kursów prowadzonych i finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.
- ▶ Rozpatrzono odwołanie od Uchwały Okręgowej Komisji Wyborczej z dnia 26 lipca 2011 r. w sprawie unieważnienia wyborów w rejonie Wyborczym Nr 21, ZOZ MSWiA. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi po zapoznaniu się z treścią odwołania oraz z dokumentacją wyborczą podjęła uchwałę, w której postanowiła w całości unieważnić Uchwałę Okręgowej Komisji Wyborczej.

## ORPiP w dniu 8 – 10 września 2011 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 12 pielęgniarkom/pielęgniarzom i 3 położnym.
- ▶ Wymieniono prawo wykonywania zawodu 3 pielęgniarkom.
- ▶ Wpisano na listę członków i do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych – 8 pielęgniarek/pielęgniarzy i 1 położną.
- ▶ Wdano duplikat prawa wykonywania zawodu 1 pielęgniarsce.
- ▶ Skreślono z rejestru pielęgniarek i rejestru położnych 5 pielęgniarek i 1 położną.
- ▶ Podjęto 8 uchwał dotyczących rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek.
- ▶ Na wniosek Pielęgniarki Naczelnej skrócono przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu pielęgniarki z 6 do 5 miesięcy.
- ▶ Podjęto uchwałę w sprawie zmiany Uchwały Nr 109/V z dnia 8 kwietnia 2008 roku Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w sprawie warunków i zasad przyznawania nagrody finansowej dla członków OIPiP w Łodzi kończących studia magisterskie na kierunku pielęgniarstwo i położnictwo – zmiana dotyczy możliwości przekazywania przyznanej nagrody pieniężnej na konto osobiste. Powyższe zmiany zostaną umieszczone na stronie internetowej OIPiP.
- ▶ Przyjęto sprawozdanie Skarbnika OIPiP w Łodzi z wykonania budżetu za I półrocze 2011 r.

▶ Rozpatrzono 3 odwołania złożone przez członków samorządu w sprawie dofinansowań do szkoleń.

▶ Przyznano dofinansowania w:  
w kursach kwalifikacyjnych – 1 osobie,  
w kursach specjalistycznych – 34 członkom samorządu,  
w konferencjach – 14 członkom samorządu.

6 członkom samorządu przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich na kierunku pielęgniarstwo/położnictwo z oceną bardzo dobry w dyplomie.

▶ Przyznano 1 zapomogę losową – pożar budynku mieszkalnego.

▶ Podjęto uchwały dotyczące wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych:

Akademia Zdrowia” – kurs kwalifikacyjny w dziedzinie Pielęgniarstwa rodzinnego, program dla pielęgniarek,

Krystyna Walewska, Centrum Edukacji i Rozwoju Osobistego CEIRO:

a) szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „Organizacji i zarządzania” (program dla pielęgniarek),

b) szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie „Pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania” (program dla pielęgniarek),

c) kurs specjalistyczny w zakresie „Resuscytacja krążeniowo-oddechowa” (Nr 01/11, program dla pielęgniarek i położnych),

d) kurs dokształcający „Zaopatrzenie stomii” (program dla pielęgniarek i położnych),

e) kurs dokształcający „Opatrunki specjalistyczne i ich zastosowanie przy zaopatrywaniu ran” (program dla pielęgniarek i położnych).

ERUDIO – kurs specjalistyczny w zakresie „Szczepienia ochronne” (program dla pielęgniarek).

▶ Przyjęto sprawozdanie Koordynatora Projektu Postępowanie w stanach zagrożenia życia.

▶ Przyjęto sprawozdanie Zespołu ds. Jakości Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych,

▶ Przyjęto sprawozdanie z działalności Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

▶ Wytypowano przedstawicieli Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi do Wojewódzkiej komisji ds. Orzekania o Zdarzeniach Medycznych.

oprac. mgr Anna Manes  
sekretarz ORPiP w Łodzi



## XXVII Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w dniu 20 – 21 października 2011 roku w godzinach 8.00 – 20.00 planuje odbycie XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, który odbędzie się w Urzędzie Miasta Łodzi (ul. Piotrkowska 104). Jest to Zjazd sprawozdawczo-wyborczy kończący V kadencję działalności samorządu. Jednocześnie odbędą się wybory do organów Okręgowej Izby na VI kadencję. Materiały zjazdowe delegaci otrzymają drogą pocztową.



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

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE  
PRZEZ TELEFON  
**42 630 95 59**  
**42 630 73 00**  
LUB PRZEZ INTERNET  
[www.erudio.com.pl](http://www.erudio.com.pl)

### ZAPRASZAMY NA KURSY



#### KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

#### KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK

Pielęgniarstwo anestezyjologiczne i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo kardiologiczne • 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 PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

EKG • Resuscytacja krążeniowo – oddechowa • Terapia bólu przewlekłego u dorosłych • Leczenie ran • Komunikacja interpersonalna w pielęgniarstwie

#### SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

#### SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK

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

#### DOKSZTAŁCAJĄCE DLA PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH I PRACOWNIKÓW BRANŻY MEDYCZNEJ

Trening komunikacji z pacjentem

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

**PŁATNOŚĆ  
ROZKŁADAMY NA  
DOGODNE,  
MIESIĘCZNE RATY**

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

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

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

Zarządzanie ryzykiem zdarzeń niepożądanych. Projekt bezpiecznej praktyki medycznej

# Profilaktyka ryzyka upadku

**Projekt w swoich założeniach koncentruje się na zminimalizowaniu zagrożeń, jakim są upadki pacjentów, które mogą wystąpić podczas pobytu w szpitalu. Projekt jest adresowany do pielęgniarek, fizjoterapeutów, ratowników medycznych, lekarzy, kadry kierowniczej, pracowników działów mających znaczenie w poprawie bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu oraz członków zespołów problemowych funkcjonujących na terenie szpitala.**

Upadki są główną przyczyną występowania zdarzeń niepożądanych wśród hospitalizowanych pacjentów.

Przyczyny upadków można podzielić na wewnętrzne wynikające ze stanu chorobowego pacjenta, zaburzeń w obrębie organizmu, wieku oraz czynniki zewnętrzne związane z organizacją pracy, warunkami pobytu w szpitalu.

Czynniki wewnętrzne wynikają z:

- zmian inwolucyjnych usposabiających ludzi starszych do upadku, dotyczą narządów zmysłu, które biorą udział w kontroli postawy; wzroku, słuchu, równowagi, układu nerwowego i mięśniowo-szkieletowego,
- upośledzenia wzroku wywołanymi różnymi chorobami, które powodują obniżenie adaptacji do ciemności i ostrego światła, widzenia przestrzennego,
- zmian zwłaszcza u osób starszych w obrębie układu mięśniowego, które polegają na zaniku komórek mięśniowych, osłabieniu siły mięśniowej,
- stanów udarowych, które w różnym stopniu upośledzają sprawność motoryczną chorych,
- zaburzeń rytmu serca,
- niewydolności kręgowo podstawnej,
- zaburzeń chodu,
- założonych opatrunków gipsowych,
- upadków w przeszłości które predysponują do ryzyka upadku,
- każdej choroby infekcyjnej np. zapalenia dróg moczowych, nietrzymania moczu, które pogarszają stan ogólny i sprawność pacjenta.

Czynniki zewnętrzne środowiskowe predysponujące do wystąpienia upadków, związane są z otoczeniem w którym

przebywa pacjent. Na upadki może mieć wpływ brak poręczy, uchwytów, nierówna podłoga, ślizga podłoga w łazience oddziału, oświetlenie, brak balkoników oraz wiele innych. Zagrożenia które wpływają na upadki pacjentów mogą mieć także charakter organizacyjny.

## Cele projektu

1. Zwiększenie bezpieczeństwa pacjentów poprzez eliminację czynników zagrożenia dla zdrowia lub życia chorego, określenie przyczyn i wprowadzenie działań naprawczych w zakresie zarządzania ryzykiem upadków.
2. Zwiększenie odpowiedzialności pracowników medycznych za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów w szpitalu.
3. Szkolenia pracowników w zakresie zapobiegania upadkom pacjentów, rozpoznawania sytuacji krytycznych.
4. Edukacja pacjentów i rodzin, opracowanie poradników.
5. Opracowanie skali oceny ryzyka upadku.
6. Opracowanie systemu prowadzenia dokumentacji pielęgniarstwa w zakresie wywiadu, oceny ryzyka upadku, planowania opieki.
7. Poprawa jakości życia pacjentów.
8. Monitorowanie zdarzeń niepożądanych – upadków pacjentów.
9. Wdrażanie rozwiązań w zakresie usprzętowania, eliminacji barier technicznych i organizacyjnych.

## Oczekiwany rezultat wdrożenia projektu

1. Zmniejszenie liczby występowania zdarzeń niepożądanych – upadków pacjentów.
2. Zwiększenie świadomości pracowników medycznych w zakresie rozpoznawania i eliminacji czynników zewnętrznych, organizacyjnych, technicznych w środowisku szpitalnym, mogących wpływać na występowanie upadków.
3. Zwiększenie świadomości pacjentów oraz ich rodzin w zakresie czynników wpływających na występowanie upadków.
4. Poprawa bezpieczeństwa pobytu pacjenta w szpitalu.
5. Poprawa jakości opieki, zwiększenie odpowiedzialności za zachowanie bezpiecznych warunków pobytu pacjentów.
6. Otrzymanie informacji na temat przyczyn występowania zdarzeń niepożądanych.
7. Wprowadzenie nowych rozwiązań technicznych i organizacyjnych.

## Zalecenia

**Zalecenie I** w sprawie organizacji dobrej praktyki pielęgniarstwa w przedmiocie zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych.

1. Na poziomie podmiotu leczniczego (Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Dz. U. z dnia 1 czerwca 2011 r.) jest powołany zespół ds. zdarzeń niepożądanych który analizuje występujące zdarzenia w tym upadki.

Zadania zespołu:

- identyfikacja zdarzeń niepożądanych na podstawie kart zgłoszeń,
- gromadzenie i poddawanie analizie danych dotyczących zdarzeń niepożądanych,
- mapowanie danych i informacji,
- ustalanie przyczyn źródłowych zdarzenia, podjęcie działań wyjaśniających, wydanie zaleceń i wyciągnięcie wniosków,
- przekazanie informacji pracownikom,
- opracowywanie rocznych raportów.

**Zalecenie II** w sprawie rejestru pacjentów, u których wystąpiło zdarzenie niepożądane w tym upadek pacjenta.

1. Personel medyczny zgłasza wystąpienie zdarzenia niepożądanego (zdarzenia dzielimy na rzeczywiste i potencjalne/niedoszłe).

2. Zespół ds. analiz zdarzeń niepożądanych dokonuje analizy zgłoszonego przypadku.

3. Określenie kolejności zdarzeń.
4. Zidentyfikowanie przyczyn źródłowych.
5. Przygotowanie planu działań.
6. Sporządzenie raportu i przekazanie personelowi oddziału.

**Zalecenie III** w sprawie oceny zagrożenia ryzyka upadku.

Każdy nowo przyjęty pacjent w okresie pierwszych godzin swojego pobytu w oddziale, podczas zebrania wywiadu pielęgniarstwa, zostaje oceniony pod kątem zagrożenia upadkiem przy użyciu skali mającej zastosowanie w ocenie stopnia zagrożenia.

Ocena jest powtarzana wg przyjętego schematu w oddziale.

**Zalecenie IV** w sprawie dokumentowania.

Szpital ocenia poziom ryzyka zagrożenia upadkami przy użyciu skali oceny ryzyka.

Chorym którzy uzyskują liczbę punktów klasyfikującą ich do grupy ryzyka zagrożenia upadkiem, plan opieki uwzględnia ocenę ryzyka oraz działania podejmowane w tym zakresie.

**Zalecenie V** w sprawie edukacji pacjenta i edukacji rodzin w zakresie profilaktyki ryzyka upadku.

1. Każdy pacjent z grupy ryzyka zagrożenia upadkiem oraz w razie konieczności jego rodzina lub opiekunowie powinni zostać przeszkoleni.

2. Oddziały szpitalne powinny być wyposażone w ulotki, poradniki z profilaktyki ryzyka upadku.

**Zalecenie VI** w sprawie szkoleń pracowników medycznych.

1. Roczne plany szkoleń zawierają problematykę związaną z profilaktyką upadków.

**Zalecenie VII** w sprawie realizacji zadań z zakresu zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych – projektu bezpiecznej praktyki medycznej – profilaktyki ryzyka upadku przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa.

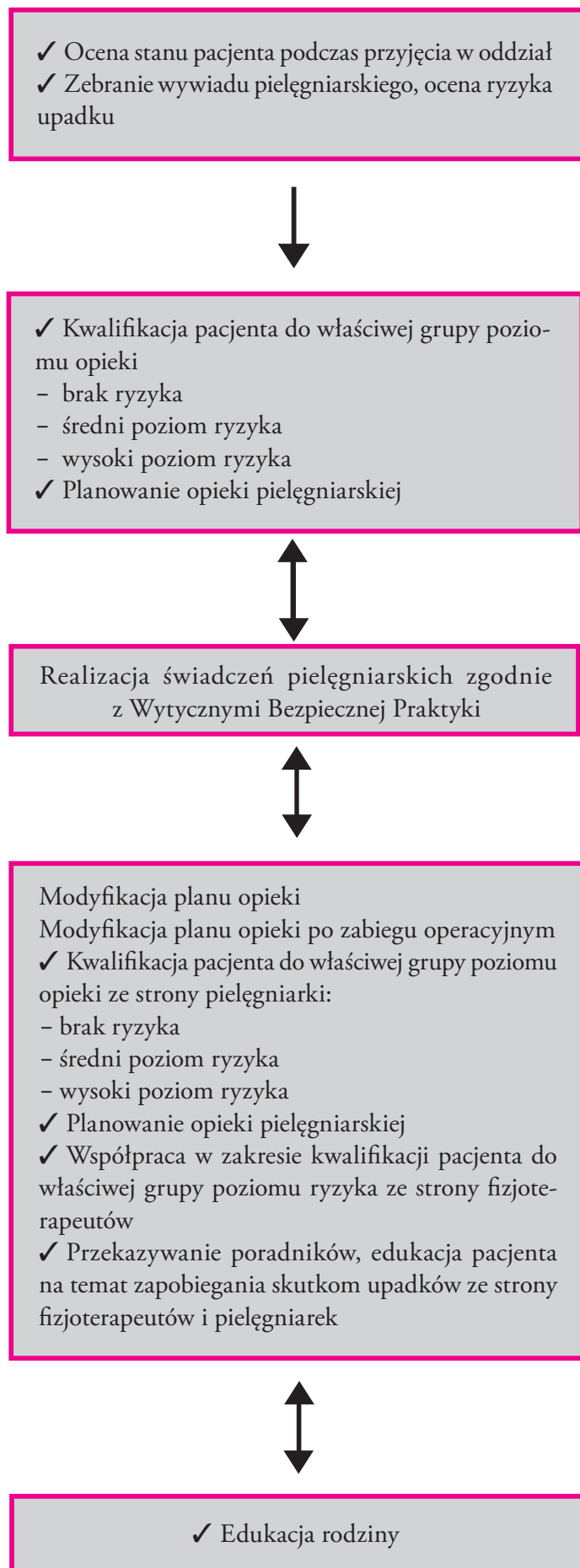
1. Konsultant krajowy oraz konsultanci wojewódzcy zwracają uwagę podczas przeprowadzanych wizytacji/kontroli, na realizację przez kierowniczą kadrę pielęgniarstwa, zarządzania ryzykiem zdarzeń niepożądanych profilaktyki ryzyka upadku.

**Zalecenie VIII** w sprawie odpowiedzialności za realizację zaleceń Dobrej Praktyki Pielęgniarstwa – Profilaktyki Ryzyka Upadku.

1. Za realizację zaleceń, odpowiada osoba zarządzająca pielęgniarstwem – Dyrektor ds. Pielęgniarstwa/Naczelnia Pielęgniarka/Przełożona Pielęgniarek.

dr n. biol. Grażyna Kruk-Kupiec  
konsultant krajowy  
w dziedzinie pielęgniarstwa

## Algorytm postępowania w Profilaktyce Bezpiecznej Praktyki Medycznej – Profilaktyka Ryzyka Upadku



## Warsztaty edukacyjne

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

### Pielęgnacja pępka w sytuacji powikłań

### Aspekty psychologiczne w życiu rodziny i dziecka chorego na atopowe zapalenie skóry (choroba przewlekła)

Warsztaty odbędą się w dniu 24 października 2011 roku na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, przy ul. Piotrkowskiej 17, w godzinach 11.00-14.00 (II piętro, duża sala).

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

wszystkie uczestniczki otrzymają:

- certyfikat uczestnictwa w niniejszym spotkaniu
- skrypty tematyczne
- interesujące materiały

W przerwie zapraszamy na poczęstunek

## Pielgrzymka służby zdrowia

W połowie października 2011 roku ma miejsce ogólnopolska dziękczynna za dar beatyfikacji pielgrzymka służby zdrowia do Grobu bł. Jana Pawła II w Rzymie. Także z Łodzi wyjeżdżają pracownicy lecznictwa różnych specjalizacji i profesji. Wszystkich chętnych na ten wyjazd bardzo serdecznie zapraszam! Ośmiodniowa, autokarowa pielgrzymka z naszego miasta w dniach 15 – 22 X 2011 roku bez nocnych przejazdów, prowadzi przez Altötting, Rzym (Watykan), Asyż, Mariazell, Ołomuniec. Koszt 1750 zł. Więcej szczegółów i zapisy: duszpasterz służby zdrowia ks. Paweł Sudowski, tel./fax (042) 630 15 60.

# Wybór na całe życie

**Jeden z najgłębszych sekretów życia polega na tym, że tylko to co robimy dla innych, jest tym, co naprawdę warto robić.**

**Lewis Carroll**

Zamieszczone przeze mnie motto osobiście uznaję za credo życiowe, a przede wszystkim zawodowe. Czyż nie stanowi ono kwintesencji określenia tego, czym jest zawód pielęgniarki? Całe nasze działanie skierowane jest na drugiego człowieka – jego dobro jest najwyższą wartością. Jako pielęgniarki pomagamy spełniać jedno z najczęstszych życzeń składanych przy różnych okazjach. Życzymy sobie – dużo zdrowia! My uczymy, jak to zdrowie szanować, jak najdłużej utrzymać, staramy się pomóc je odzyskać, poprawić itd.

Od nas samych zależy, czy będziemy to robić bardzo dobrze, chętnie, umiejętnie, czy tylko poprawnie bez radości czerpanej z tego, że niesiemy pomoc drugiemu człowiekowi, gdy tego potrzebuje.

Żeby wykonywać dobrze pracę pielęgniarki oprócz dużej wiedzy zdobytej w trakcie nauki, doskonalenia swoich umiejętności w czasie pracy, szkoleń, kursów podyplomowych itp., konieczne są takie cechy osobowości jak: empatia, taktowność, delikatność,

wrażliwość, altruizm, cierpliwość. Bez nich pielęgniarka, która skończy nawet dwa kierunki studiów, nie będzie tą osobą, którą pacjent chętnie zobaczy obok siebie, gdy zajdzie taka potrzeba.

Pozwoliłam sobie na ten wstęp, aby unaocznic fakt, że wybór zawodu wtedy, gdy się ma 15 lat jest loterią. Tak młody człowiek nie zna siebie i z reguły nie wie, co chciałby robić w swoim życiu. A 35 lat temu, kiedy ja zdawałam do liceum medycznego, takiego wyboru dokonywało tysiące dziewcząt! Ile z nich jest dziś jeszcze pielęgniarkami, a ile z nich dobrymi pielęgniarkami? (Dobrze, że dziś taką decyzję podejmują osoby dorosłe).

Moja przygoda z pielęgniarstwem zaczęła się od sugestii mojej mamy, która po rozmowie ze mną: „A może pójdziesz do szkoły pielęgniarskiej?” – znalazła właściwe liceum. Rozważając to po latach sądzę, iż to właśnie niezawodna matczyzna intuicja potrafiła mi wskazać najwłaściwszą dla mnie drogę rozwoju zawodowego i spełnienia się, bo zawód wykonuję z radością i pasją, nieustannie czerpiąc satysfakcję z pracy. Czyżby umiała przewidzieć i to, że będę jej osobistą pielęgniarką w długiej chorobie na starość?

Dziś borykając się 13 rok z chorobą Alzheimera mojej mamy jestem szczęśliwa, że jestem pielęgniarką. Że jest mi łatwiej niż innym, bo potrafię zaradzić wielu pojawiającym się trudnościom szybko i sprawnie. Że nie rozkładałam bezradnie rąk, a ta-

kiej sytuacji znajdują się wielokrotnie opiekunowie chorych, nie mając przy sobie lekarza czy pielęgniarki.

Podkreślają to również znajomi mówiąc, że to szczęście dla mojej mamy, że ma córkę pielęgniarkę. To jest ogromna zaleta tego zawodu! Mogę pomagać najbliższym i ratować z nim włączę do tego służbę zdrowia, oszczędzając im lęku, strachu, czasu i niepokoju. Wiedza i kompetencje, a także doświadczenie wielu lat pracy pozwala mi trzeźwo i trafnie oceniać sytuację, gdy innym wydaje się ona dramatyczna. I odwrotnie – nie jeden raz dostrzegłam w porę niepokojące objawy kierując dalszymi krokami najbliższych.

Przyjęłam zasadę, że jestem dostępna 24 godziny, jeżeli zachodzi taka potrzeba. W moim mniemaniu w zawodach określanych jako służba (pielęgniarka, lekarz, strażak, policjant) niemożliwe jest oddzielenie pracy od życia prywatnego, bo przecież nie znika nasze posłannictwo po opuszczeniu zakładu pracy. I to można by uznać za minus tego zawodu, jeżeli kogoś irytuje pukanie do drzwi o 22 czy 6 rano, bo właśnie potrzebna jest pomoc pielęgniarska, a za drzwiami stoi zmarwniona matka chorego dziecka.

Nigdy nie chciałam być taką pielęgniarką, o jakiej opowiadała mi kuzynka. Kiedy przed laty miała chorego synka i potrzebne były zastrzyki zwróciła się do jedynej w okolicy







**W moim  
mniemaniu  
w zawodach  
określanych  
jako służba  
niemożliwe jest  
oddzielenie pracy  
od życia  
prywatnego,  
bo przecież nie  
znika nasze  
posłannictwo  
po opuszczeniu  
zakładu pracy.**

pielęgniarki o pomoc. Ta odmówiła tłumacząc się tym, że nie jest w pracy tylko w domu, a poza tym jest późny wieczór. Kuzynka wracając do swojego domu całą drogę przepłakała z bezradności i lęku. Pielęgniarka ta oczywiście nie miała obowiązku, nie musiała, nie była w pracy, ale czy o to chodzi? Czy można mieć dobre samopoczucie i spokojne sumienie? Prawdopodobnie można. Ale ja tak nie chcę i nie potrafię. Cała moja liczna rodzina (i nie tylko) wie, że do mnie można zadzwonić i skorzystać z porady, a czasami z konkretnej pomocy.

Dla mnie to niebywała satysfakcja, że mając problemy medyczne najpierw zasięgają mojej porady. Nigdy nie czułam się wykorzystywana, a jedynie potrzebna.

Miłość i czułość do członków mojej rodziny obliguje mnie również do nieustannego dokształcania, bardziej niż wymagają tego przepisy, aby nie znaleźć się w sytuacji, kiedy pomoc medyczna będzie potrzebna natychmiast, a ja bezradna pochylę się nad kochanym człowiekiem nie wiedząc co począć.

Długa choroba mojej mamy, a wcześniej również taty, wymusiła na mnie zdobycie wielu nowych umiejętności. Wyposażenie mojej domowej apteczki to właściwie mały gabinet zabiegowy. A dzięki temu, że jestem pielęgniarką mogłam ojcu, a teraz także mamie zapewnić właściwą opiekę na starość i wspomagać ich w niepełnosprawności i chorobie. A jest to argument nie do przecenienia w dzisiejszych czasach, gdzie deficytu opieki nad ludźmi w podeszłym wieku, w naszym starzejącym się kraju.

Oczywiście w komfortowej sytuacji są moi najbliżsi – mąż i dzieci, bo pielęgniarka w domu to jednak ostoja i bezpieczeństwo w różnych dramatycznych chwilach. Na szczęście oni nie musieli z tej mojej fachowości korzystać zbyt często. Ale jedno z zadań pielęgniarek, jakim jest promocja zdrowia, to w mojej rodzinie nie tylko ładne hasło, ale praktyka stosowana na co dzień.

Podsumowując moją pracę chcę podkreślić to, iż mój osobisty punkt widzenia jest na pewno różny od opinii innych koleżanek, tak jak bardzo różna jest w dzisiejszych czasach praca pielęgniarek – inna w dużych szpitalach, małych przychodniach czy na wsi.

Ja piszę z perspektywy pracy pielęgniarki w małej przychodni, w prowincjonalnym środowisku, gdzie określenie pielęgniarka rodzinna jest jak najbardziej trafne. Tu mogłabym wspomnieć o minusie tej pracy, bo zarobki moje są o wiele niższe niż koleżanek pracujących w dużych szpitalach klinicznych, ale czy pieniądze naprawdę są najważniejsze? Dla mnie atmosfera w pracy i relacje, jakie wypracowałyśmy z pacjentami mają ogromne znaczenie! To w pewnym stopniu rekompensuje niskie pensje.

Pracę tę kończąc 26 maja w pięknym Dniu Matki dedykuję mojej ukochanej Mamie, dzięki której moje dotychczasowe życie nie było pomyłką.

Aśka

Dane osobowe Autorki  
zastrzeżone do wiadomości Redakcji

**Wynajmę gabinety na Chojnach  
tel. 508 213 619**



# Świat ciągle pędzi do przodu

Świat ciągle pędzi do przodu, a my razem z nim. Codziennie przemierzamy tysiące kilometrów, załatwiamy miliony spraw, i nawet nie zastanawiamy się, jak szybko ucieka nam czas. Jako małe dzieci spędzamy całe godziny na zabawach, potem zaczyna się szkoła, a co za tym idzie, obowiązki. Nauczyciele próbują nam wpoić, że to Kolumb odkrył Amerykę, że liczba  $\pi=3,14$ , Ameryka to potęga gospodarcza, Edison wynalazł żarówkę, dinozaury wyginęły po upadku meteorytu itp. Kończąc 18 lat mamy wiele dróg do wyboru, z których wybieramy jedną. Ta droga doprowadza nas do jakiegoś/jś biura, korporacji, fabryki, szpitala, hotelu, sklepu, na inny kontynent. Spełniliśmy zatem swoje marzenia z dzieciństwa (że będę fantastycznym pilotem, założę własną sieć hoteli, będę podróżnikiem). Nasza praca, jakakolwiek by nie była, kimkolwiek byśmy się nie stali, wciąga nas coraz bardziej, i bardziej. Staje się ona priorytetem, czymś najważniejszym, ta *sacrum*. Rodzina, o ile ją posiadamy, jest na drugim planie.

Dotyka to szczególnie nas, pracowników służby zdrowia. Ratując ludzkie życie, musimy być na bieżąco ze wszystkimi nowinkami ze świata medycyny. Pielęgniarka, bo o niej tutaj

mowa, musi spełniać wiele funkcji i ról w swej pracy. Jest nauczycielem, rehabilitantem, psychologiem, siostrą, przyjaciółką, powiernikiem, dobrym duchem, każdego musi traktować indywidualnie, z godnością.

Ponieważ nie posiadam jeszcze własnej rodziny, nie mogę powiedzieć z doświadczenia, jaki wpływ na moje życie rodzinne wywiera praca. Dlatego próbowałam znaleźć odpowiedź na to pytanie wśród koleżanek. Czasami zadawałam im pytania: „Jak sobie radzisz z małymi dziećmi i pracą?”, „Czy masz czas dla siebie?” Jednak większość mojego poglądu na ten temat ukształtowane zostało na podstawie obserwacji zachowania moich koleżanek, słuchania w jaki

**„Dzisiejszy człowiek zajęty jest pracą, jej rytmem i różnymi zmartwieniami, a nie ma czasu dla siebie, nie mówiąc już o innych ludziach.”**

**Matka Teresa z Kalkuty**

sposób rozmawiają ze swoimi bliskimi przez telefon oraz ich opowiadań. Wiele z nas, pielęgniarek, jest zestresowanych i ma objawy wypalenia zawodowego. Przyczyniają się do tego kontakty z pacjentami, wzrost ich oczekiwań, niemożność wywiązania się z obowiązków zawodowych, niskie zarobki czy też niewłaściwe stosunki ze współpracownikami. Większość z nas ma wobec siebie zbyt wysokie wymagania, dążymy do perfekcjonizmu (jest to związane z trudnościami na rynku pracy, ale i również z roszczeniowym nastawieniem społeczeństwa – „bo mnie się to należy”). To wszystko odbija się na naszych relacjach z rodziną. Nie udzielamy się towarzysko, nie wychodzimy ze znajomymi. Po 12-godzinnym dyżurze wśród krzyczących pacjentów, hałasie i dźwięku dzwonek oraz ciągłej bieganiny, nie mamy cierpliwości do płaczu naszego dziecka, czy problemów męża. Większość z nas nie czerpie ze swojej pracy satysfakcji, wręcz czuje dyskomfort z jej wykonywania, i w życiu osobistym. Mamy coraz większy zakres obowiązków, większą odpowiedzialność, a i tak czujemy się niedoceniane (przez lekarzy, pacjentów, jak i naszych bliskich). Nie znam wiele pielęgniarek, które mają udane życie rodzinne. To



przeważnie rozwódki, panny z dziećmi lub singielki. Większość mężatek ma mężów alkoholików lub niezaradnych życiowo, których trzeba prowadzić za rączkę. Ale dlaczego? Ponieważ jesteśmy postrzegane jako Matki Polki, które wszystkiemu sprostają, zawsze dadzą sobie radę, są uległe i usługowe, zawsze podchodzą do człowieka z empatią i nie umieją odmawiać pomocy. W społeczeństwie utarł się obraz pielęgniarki, jako tej co pije kawę, zajada ciasto i od czasu do czasu ruszy się z krzesła do podłączenia kroplówki. I na dodatek chce jej się strajkować i robić „butelkowe miasteczko”. I tak też nas postrzegają w naszych domach. To my: gotujemy, sprzątam, robimy pranie, prasowanie, odbieramy dzieci ze szkoły, odrabiamy z nimi lekcje, „ubieramy męża do pracy”... itp.

Często też wina leży po naszej stronie. Każdego traktujemy jak naszego pacjenta. Czujemy, że musimy spełnić każde oczekiwania. Stajemy się przez to niewolnicami naszej pracy, pracoholiczkami. Negatywne uczucia z pracy (czy to po kłótni z przełożonym, czy po nieudanej reanimacji i śmierci pacjenta) przenosimy do domu. Nie umiemy oddzielić życia zawodowego od prywatnego. Nie potrafimy mówić o niczym innym, tylko o pracy, jak to było dzisiaj ciężko, co nas czeka jutro... wtedy nawet najmniejszy drobiazg potrafi wyprowadzić nas z równowagi. Stajemy się nadopiekuńcze. Chętnie schowałybyśmy naszych bliskich pod szklanym kloszem, jak Mały Książę swoją Różę, tylko pytam po co?

## **Negatywne uczucia z pracy przenosimy do domu. Nie umiemy oddzielić życia zawodowego od prywatnego. Nie potrafimy mówić o niczym innym, tylko o pracy, jak to było dzisiaj ciężko, co nas czeka jutro. Stajemy się nadopiekuńcze.**

Jedna na kilkadziesiąt pielęgniarek ma udane życie rodzinne. To osoby, które wysoko cenią swoją profesję, również są perfekcjonistkami, ale umieją wykorzystać dobrodziejstwa tego zawodu w życiu codziennym. Będąc w ciąży bardziej dbają o siebie i dziecko, znając etapy rozwoju dziecka szybciej reagują na złe objawy. Umieją słuchać uważnie partnera, doceniają tak samo jego wkład w prowadzenie domu i wychowanie dzieci. Wiedzą, iż nie zawsze uda im się zaspokoić potrzeby wszystkich, że nie zawsze obronią swoją rodzinę przed złym. Zdają sobie sprawę z ciężkości swojego zawodu, ale umieją czerpać radość nawet z najmniejszej rzeczy, dzięki której zmniejszą cierpienie pacjenta.

Nie mam męża, nie mam dzieci, ale mam rodziców. Praca daje mi poczucie spełnienia i pełną satysfakcję. Przygotowuje mnie jednak do nieprzyjemnego etapu życia, a mianowicie do coraz bardziej postępującego procesu starzenia się moich rodziców. Jest to dosyć bolesne doświadczenie, ale moja praca do tego mnie przygotowuje. Cieniem jest świadomość, jak się to wszystko skończy, ale blaskiem jest to, że wiem jak sprawić, aby starość nie była przykra i uciążliwa.

Jest godzina 23. Zасыpiasz w łóżku z uśmiechem na ustach, ponieważ znów miałaś wspaniały dzień. W pracy odniosłaś kolejny sukces, dostałaś propozycję pójścia na wymarzony kurs. Dzisiaj odebraliście wraz z mężem dzieci ze szkoły i pojechaliście razem na zakupy. Po powrocie do domu czekał już obiad, dzieciaki odrobiły lekcje. Potem poszliście na długi spacer z waszym pupilem. Nawet nie przeszkodził wam mały deszcz. Po kolacji leciał twój ulubiony film... Tak! Tak byłoby idealnie. Sukcesy w pracy zawodowej i w życiu osobistym. Niezależnie od tego, jaki zawód wybieramy, marzymy o tym samym: kochający partner, ładny dom, zdrowe dzieci, dobre zarobki... itp. A czy w naszym zawodzie można te marzenia spełnić? Można sprawić, żeby było więcej blasku? Można. Trzeba tylko nauczyć się równomiernie dawać i brać.

I.K.

Dane osobowe Autorki  
zastrzeżone do wiadomości Redakcji

# Jak i dlaczego zostałam pielęgniarką?

**Mimo nadmiaru obowiązków, mimo niskich wynagrodzeń, czy wreszcie pomimo częstych naszych własnych kompleksów (niekiedy być może nabywanych w szkole, ale to już zapewne historia), to jednak pielęgniarstwo jest jedną z najpiękniejszych sztuk.**

Kiedy w 13 roku życia trafiłam na pół roku do szpitala z chorobą reumatyczną, miałam okazję przyrzeć się pracy personelu medycznego. Podobała mi się jedna (!) z pielęgniarek – była prawdziwą matką dla hospitalizowanych dzieci, ale większy respekt, podziw czułam wobec lekarzy. Przez pewien czas po opuszczeniu szpitala musiałam otrzymywać zastrzyki. Po którejś z kolei iniekcji dostałam wstrząsu anafilaktycznego. Skuteczna pomoc medyczna utwierdziła mnie w przekonaniu, że chcę zostać lekarzem.

Kończąc szkołę podstawową pomyślałam, że byłoby dobrze, gdybym przyspieszyła kontakt z ukochaną medycyną idąc do Liceum Medycznego Pielęgniarstwa. Wobec tego, wbrew ostrzeżeniom Rodziców, że zawód ten jest trudny, wymagający sił, odporności, niedoceniany, nisko opłacany, a nawet nie bacząc na kpiny bliźnich: ty, siostrą miłosierdzia? Mówiłam, że LMP to tylko przystanek w drodze na wymarzone studia lekarskie i pewne zabezpieczenie przed ewentualnym niepowodzeniem, bo – gdyby mi się nie udało zostać studentką – będę mieć zawód.

Po łatwo zdanym egzaminie rozpoczęłam naukę w ładnym i dużym

mieście, z dala od rodziny, pomieszkując na stacji. Szkoła mnie oczarowała – znakomita ciepła atmosfera, miłe koleżanki, jeszcze miłsi nauczyciele – wnet zostałam prymuską.

Niestety, trudna sytuacja finansowa w domu zmusiła mnie w połowie pierwszej klasy do przeniesienia się do LMP w innym mieście, bo szkoła ta miała internat, w którym zamieszkałam. Na tym zalety tego Liceum chyba się kończyły. Koleżanki okazały się przeważnie ordynarne, a atmosfera w szkole nieprzyjemna – „odhumanizowana”: pełna na- i zakazów, musztry, „niemieckiego drylu”. Uczennicom ciągle towarzyszył lęk, zastraszanie, surowy i zimny nadzór „wychowawczy”. Poziom nauczania był raczej wysoki, ale programy kształcenia przeładowane, więc nauka stała się przykrym obowiązkiem, a nie przyjemnością. Byłam nielubianym przez koleżanki „kujonem”. Każdą wolną chwilę poświęcałam książkom, do domu jeździłam z podręcznikami. Rodzice żartowali: naszą córkę wychowuje państwo... W szkole nie zostałam bowiem prawie wcale przygotowana do życia domowego.

Za to zdobywany zawód uczył mnie odpowiedzialności za zdrowie podopiecznych i własne, prowadzenia

zdrowego stylu życia, zapobiegania chorobom, co stosuję do dziś, choćby stroniąc od używek, ale „nałogowo” myjąc ręce i zęby (po każdym posiłku). Do dziś lubię białe, wygodne i ciche (!) buty, białe (kuchenne) meble, czy codziennie myte krótkie włosy i paznokcie... Pomna na widok w szpitalu wielu nieszczęść ludzkich – z reguły osób nieszanujących niegdyś swojego zdrowia – postawiłam w życiu na profilaktykę. Pamiętam na przykład, że gdy kiedyś pewien mój „niedoszły narzeczony” zapytał mnie o znajomość metod „spędzania płodu” odpowiedziałam mu z wielką powagą (nabytą chyba w szkole): znam tylko sposoby zapobiegania niechcianej ciąży...

W wieku 20 lat uzyskałam dyplom pielęgniarki, ale nadal pragnęłam studiować medycynę. Niestety, szkoła otrzymała z Akademii Medycznej tylko jedno miejsce, uprawniające do przyjęcia na studia bez egzaminu wstępnego, przeznaczone dla najlepszej uczennicy, którą okazała się koleżanka z równoległej klasy. Choć moja „konkurentka” miała taką samą średnią ocen jak ja, to jednak ona została studentką, gdyż była sierotą, mimo że nigdy nie myślała o studiowaniu medycyny... Egzamin na studia lekarskie okazał się

dla mnie, niby wybitnej uczennicy szkoły pielęgniarstwa, za trudny. Gdy niepokieszona odbierałam dokumenty z dziekanatu, sekretarka powiedziała: ogólnie świetnie Pani zdała, ale gorzej poszło z biologią i profesor stwierdził, że jeżeli jest Pani pielęgniarką, to nie musi studiować. Tak więc faktycznie przydał (?) mi się zawód... Może też spełniło się moje myślenie życzeniowe?

## Pierwsza praca

Podjęłam więc pracę w szpitalu, na ortopedii, gdzie cieszyłam się dobrą opinią wśród lekarzy i przede wszystkim - pacjentów, którzy mówili o mnie: nasza kochana siostrzyczka. Ten zwrot, jak i noszenie czepka były miłe i dziwię się koleżankom, że się przed tym bronią.

Praca na trzy zmiany nie była lekka. W dodatku, nadal myślałam o podjęciu studiów, więc po powrocie ze szpitala brałam się za naukę. Często też podczas spokojnych nocnych dyżurów, po uporaniu się ze wszystkimi obowiązkami, czytałam, walcząc co chwilę z zamykającymi się oczami, zwłaszcza nad ranem, czy wręcz zasypiając nad książką, ale to zdarzało mi się tylko w domu; w oddziale poczucie obowiązku nie pozwalało mi nigdy na wyłączenie świadomości, mimo niejednokrotnie wielkiego zmęczenia.

Pamiętam, jak byłam wycieńczona, kiedy moi zamiejscowi goście, wysypiali się nocą w moim łóżku, a ja, będąc już po kilku nocnych dyżurach, pełniąc rolę wspaniałej gospodyni (w szkole asertywności mnie nie uczono) niemal umierałam ze zmęczenia, nie mogąc się choć przez chwilę zdrzemnąć w domu, po powrocie z nocnego dyżuru i przed kolejną nocą w pracy, po bogatych we wrazenia (wycieczki z gośćmi) dniach...

„Będąc młodą pielęgniarką”, stwierdziłam, że zawód mam piękny, ale niestety, nie zawsze doceniany. Świetnie pracowało mi się rano, gdy można było dzielić obowiązki ze współpracownikami, natomiast nocne samotne

dyżury wywoływały u mnie głęboką frustrację i smutek... Kiedy po 3 latach takiej pracy ubyło mi 10 kg, postanowiłam: idę na studia. Przeczytałam między innymi wszystkie fachowe książki ze szpitalnej biblioteki i w odległym mieście zostałam studentką stacjonarnego Wydziału Pielęgniarstwa Akademii Medycznej.

## Po studiach

Jeszcze przed otrzymaniem dyplomu mgr pielęgniarstwa dyrekcja mojego byłego zakładu pracy zaproponowała mi powrót do tego samego szpitala, ale do administracji. Nowe obowiązki okazały się satysfakcjonujące, choć miałam bezpośrednio więcej do czynienia z dokumentacją niż chorymi.

Po dwóch latach „za mężem” przyjechałam do Łodzi. Zgodnie z młodzieńczymi marzeniami - miałam wspaniałego Męża (który nigdy, mimo że był naukowcem, nie powiedział do mnie, jak niekiedy mawiali inni: szkoda, że nie jesteś lekarzem...), zaplanowanego syna (wychowywanego, zwłaszcza w okresie niemowlęcym, niemal w sterylnych warunkach - Mąż z uśmiechem mawiał: u nas są laboratoria - do karmienia, przewijania, kąpieli...), satysfakcjonującą pracę naukowo-dydaktyczną, a także sporo udzielałam się społecznie.

Stopniowo stawałam się pracoholikiem, coraz częściej przynosiłam pracę do domu, coraz częściej na jednym kolanie miałam dziecko, a na drugim - służbowe papiery. Bywało, że podczas zwolnienia z powodu sprawowania opieki nad chorym dzieckiem siedziałam po nocach nad zawodową dokumentacją albo pomagając „grzecznościowo” sąsiadom, mimo daleko posuniętej ostrożności przywlekłam w końcu do domu zakaźną chorobę na własne dziecko...

Kiedy, licząc na łatwiejszą realizację zadań na rzecz pielęgniarstwa, zmieniłam pracę - w nowym miejscu zatrudnienia przez pewien czas musiałam (dodatkowo i społecznie)

kontynuować obowiązki wykonywane w poprzedniej instytucji, gdyż nie miał mnie kto tam zastąpić. Czas mi się kurczył, nierzadko wracałam do domu późnymi wieczorami, zaniedbując niedomagającego Męża, nie mając cierpliwości i czasu dla coraz bardziej krnąbrnego dziecka. Zaległości w zajęciach domowo-rodzinnych i służbowych nadrabiałam więc w weekendy.

Umiejętności zawodowe pozwalały mi w pewnym stopniu radzić sobie z nasilającymi się problemami zdrowotnymi Męża, chociaż łączenie licznych obowiązków nie było łatwe, zwłaszcza że poza Matką prawie nie korzystaliśmy z niczyjej pomocy, szczególnie (o ironio!) ze strony nie budzących zaufania medyków, w tym niestety i koleżanek po fachu...

Po śmierci Męża (chorującego dziesięć lat) tak dalece pochłonęły mnie powinności zawodowo-społeczne, że moja Mama stwierdziła: ty żyjesz tylko po to, aby pracować, a nie pracujesz, żeby żyć... Kiedy wkrótce odeszła na zawsze także Matka (którą opiekowałam się kilka miesięcy, tym razem kosztem pracy), moje dalsze życie najlepiej skwitował syn: ty teraz tylko z łóżka do pracy, a z pracy do łóżka...

## Obecnie

Choć z powodu moich niedomagań w końcu zwolniono mnie z (tak nigdy kochanej) pracy, zdrowe nawyki pozwalają mi jeszcze na obecne cieszenie się w miarę spokojnym życiem, kiedy wreszcie mogę przede wszystkim robić to, co chcę a nie muszę. Wiedza zawodowa pomogła mi uporać się z własnymi kłopotami zdrowotnymi.

Niestety, wskutek pewnego „nie-smaku” po zbyt pracowitych latach, nie angażuję się już w sprawy zawodowe w takim stopniu, jak kiedyś lub jakbym czasami chciała. Zresztą, nikt nie jest prorokiem we własnym kraju - z mojej wiedzy i umiejętności dydaktycznych ostatnio korzystają głównie osoby „spoza branży”, co pozwala mi czuć się nadal potrzebną i pozytywną.

## Podsumowanie i co dalej?

W końcu nie żałuję, że nie zostałam lekarzem. Pielęgniarki w równie dużym stopniu muszą pracować odpowiedzialnie i na ogół z większą od lekarzy empatią, ciepłem, wrażliwością, za co są na ogół cenione i szanowane przez społeczeństwo (ale czy zawsze przez własną rodzinę?).

Rozważając blaski i cienie naszego zawodu nadal twierdzę, że jest piękny. Mimo nadmiaru obowiązków (do dziś miewam makabryczne sny o pierwszej pracy, że kończy się mój dyżur, a przede mną pozostało jeszcze wiele niewykonanych zabiegów przy pacjentach albo że znów oddziałowa zaplanowała mi ranne dyżury bezpośrednio po popołudniowych, uniemożliwiając mi nie tylko wyspanie się, ale i kontakty z rodziną), mimo niskich wynagrodzeń, czy wreszcie pomimo częstych naszych własnych kompleksów (niekiedy być może nabywanych w szkole, ale to już zapewne historia), to jednak pielęgniarstwo jest jedną z najpiękniejszych sztuk.

Obecnie pielęgniarki mogą chyba łatwiej zaistnieć, a nawet „wybić się” w tym zawodzie dzięki intensywnemu kształceniu, internetowi, otwarciu granic państwowych, a przede wszystkim – zawdzięczając to swojej aktywności i rzetelności zawodowej oraz społecznej, między innymi w ramach własnego samorządu i towarzystw.

Jednakże nasz zawód nie zawsze jest wykonywany przez godne go osoby. Niestety te, w których ręce z pełną ufnością można oddać swoje życie i zdrowie nie stanowią zbyt wielkiej grupy... Nie tracę jednak nadziei, że być może będę mogła w przyszłości zmniejszyć swoje obawy o liczbę, jakość pracy i serdeczną troskę (opiekuńczość) polskich pielęgniarek... Oby.

Pracusi

Dane osobowe Autorki  
zastrzeżone do wiadomości Redakcji

# PODZIĘKOWANIA

W związku z likwidacją Policealnej Szkoły Opiekunów Medycznych z dniem 31 sierpnia 2011 roku składam na ręce **Przewodniczącej podziękowania dla Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, pracowników Izby oraz wszystkich osób** zaangażowanych w realizację projektu za miłą współpracę, zaangażowanie i okazaną życzliwość. Jednocześnie życzę powodzenia oraz wielu sukcesów w życiu zawodowym i osobistym.

Z poważaniem  
Mariola Korzeniowska

*Żeby naprawdę dobro było dobrem, musi  
ono być w głębi naszych serc*

Jan Jakub Rousseau

Serdeczne podziękowania na ręce koleżanek i lekarzy z **Kliniki Chemioterapii WSS im. M. Kopernika** za wsparcie w trudnych chwilach składa z wdzięcznością J. Osiecka. Szczególne zaś podziękowania kieruję dla **Ewy Kempieńskiej, Ewy Maciejewskiej, Małgosi Karalus i Wandy Sipel** mocno zaangażowanych w moją opiekę. Dziękuję Wam Dziewczyny z całego serca!!

Serdeczne podziękowania dla wszystkich pracowników służby zdrowia a w szczególności dla **Oddziału Wewnętrzno „A” Szpitala im. K. Jonschera** w Łodzi za bardzo poważne ale i przyjazne potraktowanie mnie w okresie mojej choroby. Życzę wszystkim godziwych zarobków, dobrych warunków i atmosfery w pracy oraz zadowolonych z leczenia chorych. Dopiero gdy znalazłem się w szpitalu poznałem naocznie, jak ciężką i niewdzięczną pracę mają pielęgniarki. Decydując się na taki zawód, niosą codzienną pomoc chorym. Dlatego powinny mieć warunki do pracy, finansowe zadowolenie, by wywiązywać się z tych obowiązków.

pacjent Zbigniew Duda

# Badanie potrzeb szkoleniowych pielęgniarek i położnych w obszarze aspektów psychologii komunikacji i zapobiegania stresowi

## Wstęp

Zawód pielęgniarki/pielęgniarsza wymaga wysokiego poziomu świadczonych usług przy jednoczesnej dbałości o relację z pacjentem i jego rodziną oraz stały kontakt z innym personelem medycznym, a wszystko to w obciążających psychicznie warunkach związanych m.in. z presją czasu, stanem pacjenta czy zagrożeniem zdrowia (za: „Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek (...)”; Tartas i inn. w: *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 2009, 39, 145–153). Nie przekłada się to na zarobki czy prestiż.

Jak wynika ze statystyk Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych polskie pielęgniarki są przeciążone pracą (za: „Protesty pielęgniarek i położnych w kontekście reform ochrony zdrowia”, Kubisa, Raport Think Tanku Femińskiego 3/2009). Zgodnie z danymi Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych (dalej: OIPiP) w woj. łódzkim zarejestrowanych jest łącznie 16901 pielęgniarek, w tym 262 mężczyzn (1,6%) oraz 2300 położnych, w tym 4 mężczyzn (0,2%). Dane za: OIPiP w Łodzi i w Sieradzu, za: [www.izbapiel.org.pl](http://www.izbapiel.org.pl), stan na 31.12.2010. Liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych jest jednak mniejsza – 14 768 (ibidem) przypadających na 2,5 mln mieszkańców województwa (za: GUS w Łodzi, 2010), a zatem na 1000 mieszkańców regionu przypada 5,9 pielęgniarek i położnych – mniej niż średnia dla UE oraz Polski (6,9 w 2008 roku za: [www.izbapiel.org.pl](http://www.izbapiel.org.pl)).

Ponadto znacząca grupa pielęgniarek to osoby powyżej 50 r.ż., które dotkliwiej odczuwają te niedogodności. W OIPiP w Łodzi zarejestrowanych jest 6655 pielęgniarek w wieku 50+, tj. 43,9 proc. ogółu (dane z pisma OIPiP-R 645/2011) oraz 731 położnych w wieku 50+, tj. 36 proc. (ibidem). W ostatnich latach obserwowany jest wzrost odsetka młodych pielęgniarek, które nie podejmują pracy w zawodzie lub rezygnują (za: „Protesty pielęgniarek i położnych w kontekście reform ochrony zdrowia”, 2009). Co gorsza „odpowiedzialność za szkolenia i podnoszenia kwalifikacji została przeniesiona na pracowników” (ibidem), a jak podają autorki dwudniowe szkolenie to

wydatek rzędu 1200 zł, a zatem niemal równowartość miesięcznej płacy.

Zdaniem ekspertów ważne jest, aby w procesie nauki zawodu uwzględnić: „kształtowanie właściwej postawy, kompetencji społecznych, umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz umacnianie i wspieranie poczucia tożsamości zawodowej” (za: „Motywy wyboru zawodu a wypalenie zawodowe pielęgniarek”, Sobczak w: *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010, t. 18, z. nr 2). Jak podaje autorka ww. raportu „aby zapobiec wypaleniu zawodowemu lub zmniejszyć jego natężenie, potrzebna jest przede wszystkim edukacja, a także wypracowywanie umiejętności” niezbędnych do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami.

## Cel

Celem badania było sprawdzenie zapotrzebowania środowiska pielęgniarek i położnych na szkolenia w obszarze aspektów psychologii komunikacji i zapobiegania stresowi, oraz weryfikacja przydatności zdobytych umiejętności w wykonywanym zawodzie.

## Metody

Wykorzystano sondaż diagnostyczny z zastosowaniem kwestionariusza ankiety. Kwestionariusz ankiety zawierał pytania dotyczące występowania zapotrzebowania na szkolenia, preferencje dotyczące wyboru konkretnej tematyki szkoleń, dostępność szkoleń, wcześniejsze uczestnictwo w szkoleniach oraz możliwości czasowe pielęgniarek związane z uczestnictwem w szkoleniach. Tematyka szkoleń poddanych analizie dotyczyła następujących zagadnień: zachowania asertywne, komunikacja z pacjentem, komunikacja z rodzinami pacjentów, komunikacja w zespole pracowników, rozwiązywanie konfliktów, komunikacja z pacjentem onkologicznym i paliatywnym, radzenie sobie ze stresem, przekazywanie trudnych informacji.

## Materiał

Badaniem objęto 635 pielęgniarek i położnych z obszaru woj. łódzkiego. Czas przeprowadzenia badania – maj i czerwiec 2011.

## Wyniki

Na 635 ankietowanych pielęgniarek i położnych szkolenia z zakresu umiejętności interpersonalnych za bardzo potrzebne uznaje 63,8 proc. (405 osób), a potrzebne 35,9 proc. (228 osób). Jedyne zdaniem 2 osób (0,3 proc.) nie są one wcale potrzebne – wykres 1.

Zainteresowanie poszczególnymi tematami wygląda następująco: zachowania asertywne – 302 osoby (47,6 proc.), komunikacja z pacjentem – 184 osoby (30 proc.), komunikacja z rodzinami pacjentów – 204 osoby (35,1 proc.), komunikacja w zespole pracowników – 207 osób (32,6 proc.), rozwiązywanie konfliktów – 299 osób (47,1 proc.), komunikacja z pacjentem onkologicznym i paliatywnym – 131 osób (20,6 proc.), radzenie sobie ze stresem – 350 osób (55,1 proc.), przekazywanie trudnych informacji – 232 osoby (36,5 proc.) – wykres 2.

W żadnym ze szkoleń dotyczących ww. tematów nie chciałoby wziąć udziału jedynie 16 osób (2,5 proc.), podczas gdy przeważająca większość jest zainteresowana.

W szkoleniach z ww. tematów dotychczas brało udział kolejno: 19,2%; 9,4%; 2,8%; 5,4%; 6,5%; 3,3%; 26,5% i 1,7% ankietowanych – wykres 3. Przyczyną braku udziału był przede wszystkim fakt, iż zdaniem 433 osób (68,2 proc.) nie są one organizowane. Kolejne wskazania były już mniejsze: na brak informacji o szkoleniach oraz brak miejsca na nich wskazało po 57 osób (po 9 proc.) – wykres 4. Ankietowani preferują szkolenia odbywające się w dowolnym dniu tygodnia poza sobotą i niedzielą (60,2 proc. wskazań) – wykres 5. Jednocześnie aż 37 proc. ankietowanych (237 osób) pracuje lub zamierza pracować w charakterze opiekuna domowego, co pokazuje, że bloki tematyczne muszą również zawierać elementy szkoleń dotyczące tego rodzaju pracy – wykres 6.

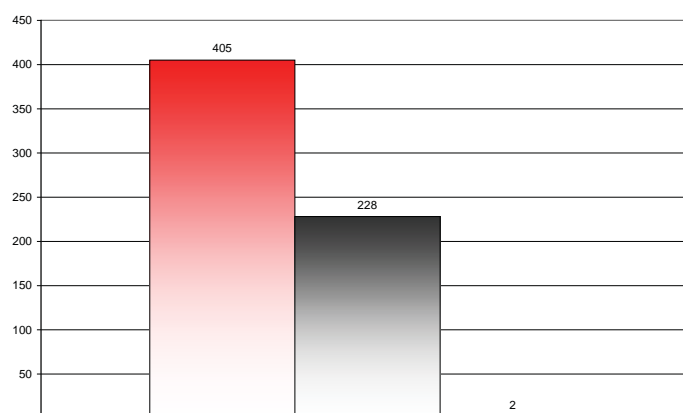
## Wnioski

Zainteresowanie udziałem w szkoleniach dotyczących ww. tematów jest duże w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych z obszaru łódzkiego i odpowiada na zauważalne w tym zawodzie zapotrzebowanie na określone kompetencje, które nie są dostarczane w toku nauki. Badanie potwierdziło wysoką przydatność nabytych umiejętności w pracy zawodowej.

Centrum Doradczo-Szkoleniowe „proVena”

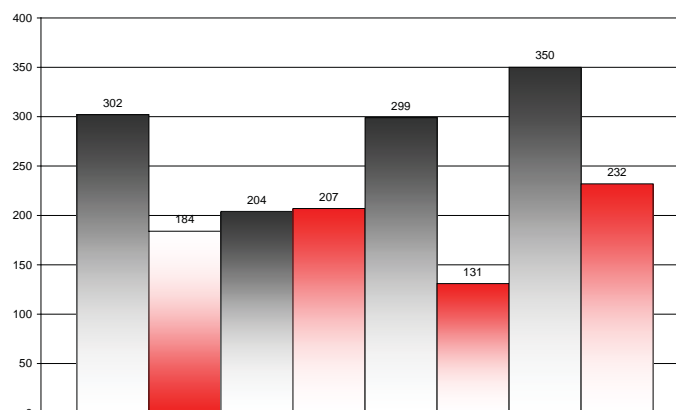
### WYKRES 1

Czy uważa Pani, że szkolenia proponowane w ankiecie są w Pani/Pana miejscu pracy:	L. odp.
bardzo potrzebne	405
potrzebne	228
nie potrzebne	2



### WYKRES 2

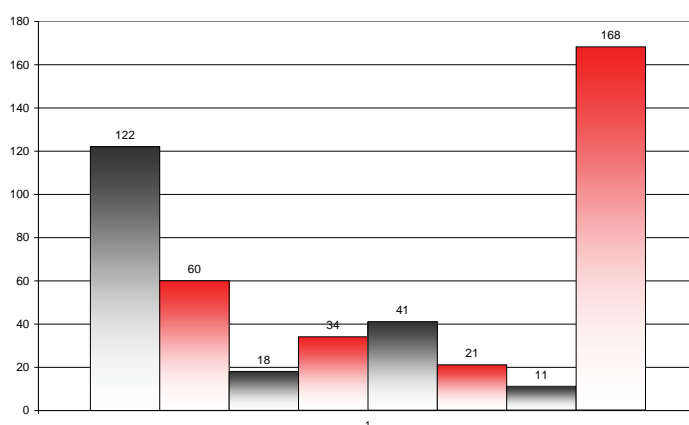
Którymi z tematów szkoleń warsztatowych byłaby Pani/Pan zainteresowana?	L. odp.
zachowania asertywne	302
komunikacja z pacjentem	184
komunikacja z rodzinami pacjentów	204
komunikacja w zespole pracowników	207
rozwiązywanie konfliktów	299
komunikacja z pacjentem onkologicznym i paliatywnym	131
przekazywanie trudnych informacji	232
radzenie sobie ze stresem	350





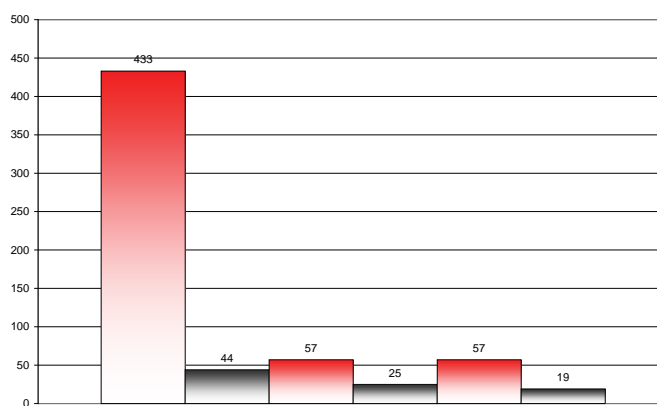
### WYKRES 3

Czy brała Pani/Pan już udział w wymienionych szkoleniach z obszaru „umiejętności miękkich”?	L. odp.
zachowania asertywne	122
komunikacja z pacjentem	60
komunikacja z rodzinami pacjentów	18
komunikacja w zespole pracowników	34
rozwiązywanie konfliktów	41
komunikacja z pacjentem onkologicznym i paliatywnym	21
przekazywanie trudnych informacji	11
radzenie sobie ze stresem	168



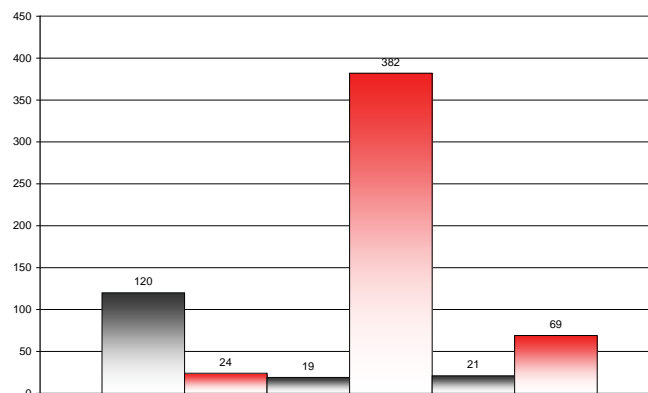
### WYKRES 4

Jeśli do tej pory nie brałście Państwo udziału w tego typu warsztatach, prosimy o podanie powodu, dla którego nie było to możliwe	L. odp.
nie były organizowane	433
brak czasu	44
brak miejsc na szkoleniu	57
brak polecenia służbowego	25
brak informacji o szkoleniach	57
inne	19



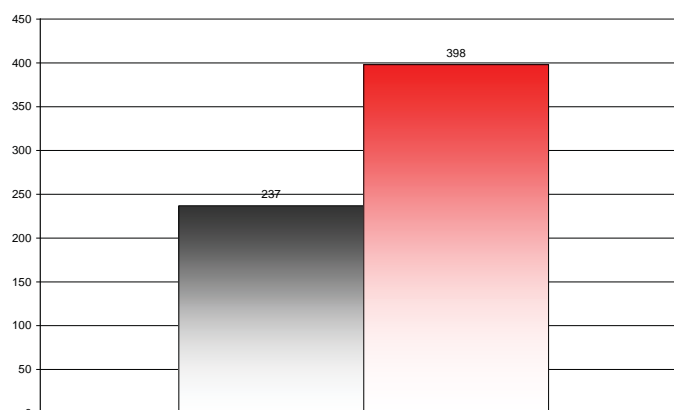
### WYKRES 5

Preferowany czas odbywania szkoleń	L. odp.
w weekend (soboty, niedziele)	120
tylko soboty	24
tylko w niedziele	19
wszystkie dni tygodnia poza sobotami i niedzielami	382
inne	21
wszystkie dni tygodnia	69



### WYKRES 6

Czy poza swoim macierzystym miejscem pracy zajmuje się Pani/Pan lub zamierza zajmować się opieką domową nad pacjentem?	L. odp.
tak	237
nie	398



# Mobbing w pracy

KOMISJA WARUNKÓW PRACY I ZATRUDNIENIA:  
ANNA WIELGOSZ, MIECZYŚŁAWA WYDERKA,  
ANNA MAJKOWSKA, ANNA DRAB

**Czy wykonując swoją pracę macie wrażenie, że jesteście mobbingowani? Czy w czasie wykonywania powierzonych wam obowiązków macie wrażenie, że jesteście dręczeni psychicznie? Czy podczas wykonywania pracy ktoś was ośmiesza, podważa wasze kwalifikacje? Jeśli tak się dzieje to jesteście poddawani mobbingowi.**



**K**omisja Warunków Pracy i Zatrudnienia przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi opracowała ankietę na temat mobbingu w miejscu pracy, ale przed jej rozpropagowaniem w środowisku przybliżyła ten temat dla prawidłowości jej wypełniania. Problem mobbingu jest stosunkowo nowym i trudnym do rozpoznania zjawiskiem występującym często w środowisku pracy. Po opracowaniu ankiety będziemy wiedzieć, jaka jest skala tego zjawiska w naszym środowisku i czy musimy podejmować jakieś kroki, aby minimalizować to zjawisko.

## Co to jest mobbing

Mobbing w pracy jest to bezzasadne, długotrwałe i powtarzające się dręczenie pracownika oraz wywieranie na niego psychicznej, społecznej i ekonomicznej przemocy. Typowe przykłady mobbingu obejmują:

- nieuzasadnione zwolnienie z pracy,
- przywłaszczanie sobie owoców cudzej pracy,
- szantażowanie zwolnieniem,
- nakładanie zbyt dużej ilości obowiązków w porównaniu z innymi pracownikami,
- niesprawiedliwa krytyka,
- oskarżenia o niepopelnione błędy.

Mobbing jest stosowany zwykle wobec jednostki, rzadko wobec grupy pracowników. Takie zachowania powodują u osoby prześladowanej poczucie osamotnienia, bezsilności i odrzucenia przez grupę.

Uprawianiu mobbingu sprzyja nierównoważony rynek pracy, istnienie wielkiego bezrobocia. Najczęściej jednak wynika on ze złej woli przełożonych lub współpracowników lub z nieumiejętności kierowania ludźmi lub z braku umiejętności w zarządzaniu i niskiej samooceny. Mobbing niekiedy ma miejsce ze strony innych pracowników.

Długotrwałe, systematyczne prześladowanie psychiczne jednostki przez jedną lub kilka osób, przy milczącej zgodzie lub obojętności pozostałych członków grupy bywa nazywane mobbingiem lub psychoterrorem.

Zwróćmy na to uwagę by nikt nie cierpiał wokół nas z powodu mobbingu czy psychoterrorem.

Mobbing w każdej postaci polega na manipulacji uczuciami ofiary, w celu jej emocjonalnego wyniszczenia. Prześladowca dąży do tego, aby u człowieka mobbowanego wywołać i podtrzymywać lęk, poczucie winy lub uczucie poniżenia, upokorzenia. Te trzy emocje, jeśli są długotrwałe i silne, mogą doprowadzić do rozstroju nerwowego i do bardzo negatywnych skutków zdrowotnych. Każda forma mobbingu może oczywiście zawierać manipulacje wszystkimi ww. emocjami, a także wieloma innymi, jednak przeważnie jedna z ww. emocji jest główną osią danego procesu mobbingu lub jednej z jego faz. Ofiara



może być zastraszana na wiele różnych sposobów, przez aluzyjne lub bezpośrednio komunikaty o zagrożeniu jej pozycji zawodowej i/lub społecznej w firmie, a nawet jej poczucia bezpieczeństwa fizycznego. Lęk mogą wywoływać u ofiary także inne, bardziej zastraszające działania, takie jak: nadmierne kontrolowanie pracy osoby mobbowanej, fizyczne jej izolowanie lub utrudnianie jej komunikacji z otoczeniem, wydawanie niemożliwych do wykonania poleceń, zlecenie zadań znacznie przekraczających jej kompetencje, itp.

Zastraszenie jest formą mobbingu stosunkowo łatwą do rozpoznania, często bardzo prostą i prymitywną. Czasem całkiem otwarcie używana jest tu agresja, szczególnie przy pogróżkach. Często jednak ta forma mobbingu pozostaje nie rozpoznawana, ponieważ łatwo pomylić niesłuszne obwinianie ze słusznym pociąganiem do odpowiedzialności, subordynowaniem lub uzasadnionym

karaniem. Poza tym ten sposób prześladowania i uzależniania pracowników bywa łagodny w porównaniu z innymi.

Pociąganie do odpowiedzialności jest uzasadnione i prawidłowe wówczas, gdy pracownik miał uprzednio postawione jasno określone i odpowiednio do jego możliwości zadanie. W przeciwnym wypadku pracownik jest wpędzany w poczucie winy za coś, do czego nie został zobowiązany, jest niesłusznie karany. Wywoływanie poczucia winy stanowi chyba najbardziej wyrafinowany sposób manipulacji osobą mobbowaną. Obwinianie ofiary oprócz bezpośredniej formy słownej, może przybierać postać: niesprawiedliwego traktowania jej w sprawach premii, nagród, podwyżek, awansów itp., nadmiernego, nieuzasadnionego kontrolowania jej pracy, zmuszania jej do zostawiania po godzinach, nadmiernego przypominania jej, jak wiele firma dla niej zrobiła, ostentacyjnego i niesprawiedliwego chwalenia innych, itd.

### **Co to jest mobbing wg Kodeksu Pracy**

Od 1 stycznia 2004 roku pojęcie mobbingu zostało wprowadzone do kodeksu pracy, zgodnie z którym pracodawca ma obowiązek zwalczania mobbingu w swoim zakładzie pracy, a mobbowany (dręczony) pracownik może dochodzić odszkodowania od pracodawcy (ustawa o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw z dnia 14 listopada 2003 roku – Dz. U. 2003 nr 213 poz. 2081).

Pracodawca jest obowiązany przeciwdziałać mobbingowi (art. 943 § 1 K.p.). Art. 943 §3 K.p. jest podstawą odpowiedzialności pracodawcy, daje pracownikowi możliwość dochodzenia zadośćuczynienia pieniężnego od pracodawcy za utratę zdrowia spowodowaną mobbingiem. Przedstawione zadośćuczynienie nie zostało określone w Kodeksie pracy dlatego

na podstawie art. 300 k.p. stosuje się odpowiednio przepisy kodeksu cywilnego (art. 445 k.c. oraz art. 444 K.c.). Dodatkowo jeżeli mobbing był przyczyną rozwiązania umowy o pracę, pracownikowi przysługuje prawo dochodzenia od pracodawcy odszkodowania w wysokości nie niższej niż minimalne wynagrodzenie za pracę (art. 943 §4. k.p.) Czy jest to wystarczające zadośćuczynienie za utratę zdrowia?

Pojęcie mobbingu jest zasadniczo nowością w polskim prawie pracy. Z tego też względu nie ma wystarczająco jasnych i ugruntowanych powszechną praktyką kryteriów, wedle których możliwe byłoby bezsprzeczne rozdzielenie zjawiska mobbingu od takich atrybutów pracodawcy czy przełożonego jak: egzekwowanie poleceń, egzekwowanie dyscypliny czy możliwość kształtowania preferowanych postaw i zachowań międzyludzkich w środowisku pracy. Gdzie jest granica między mobbingiem a egzekwowaniem polecenia? Czy nękanie, zastraszanie, obwinianie to jest egzekwowanie poleceń?

Mobbing oznacza działania lub zachowania dotyczące pracowników lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękaniu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zaniżoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie pracownika, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników.

Jest to także bezpodstawne, ciągłe i długotrwałe dręczenie, zastraszanie, prześladowanie, szykanowanie człowieka w pracy nie tylko przez przełożonego, ale czasem także przez współpracowników, powodujące poczucie bezsilności, upokorzenia i krzywdy, prowadzące w konsekwencji do ogólnego złego samopoczucia i pogorszenia stanu zdrowia ofiary.

Działania mobbingowe najczęściej dotyczą młodych pracowników dobrze wykształconych, pracowników po 50 roku życia, którzy mają duże

doświadczenie, osób różniących się od pozostałych pochodzeniem, narodowością, wyznaniem, poglądami politycznymi, orientacją seksualną, nietypowym sposobem ubioru, odmiennym stosunkiem do pracy, osób samotnych, rozwiedzionych, wychowujących dzieci, kobiet w ciąży, osób niezaradnych nie potrafiących samotnie się bronić.

Działaniom mobbingowym jest poddawane średnio około 9 proc. pracowników w Unii Europejskiej, a w ochronie zdrowia około 12 proc. Problem ten dotyczy częściej kobiet (10 proc.) niż mężczyzn (7 proc.).

Osoba mobbingująca dąży do wywołania u ofiary uczucia lęku poniżenia, upokorzenia i poczucia winy. Emocje te działające długotrwale wywołują silny rozstrój nerwowy i negatywne skutki zdrowotne.

Manipulowanie uczuciami polega na:

1. *Zastraszaniu* – to prosta i prymitywna, łatwa do rozpoznania forma mobbingu. Może polegać na:

- nadmiernym kontrolowaniu pracy osoby mobbingowanej,
- czynieniu aluzji lub mówieniu wprost o zagrożeniu pozycji zawodowej tej osoby,
- doprowadzeniu do izolacji i utrudnieniu komunikacji z otoczeniem,
- spowodowaniu braku poczucia bezpieczeństwa,
- zlecaniu zadań przekraczających jej kompetencje lub niemożliwych do wykonania,
- stosowaniu pogroźek i agresji.

2. *Obwinianiu*, czyli doprowadzenie ofiary mobbingu do poczucia winy to najbardziej wyrafinowany sposób manipulacji daną osobą. U pracownika który nie ma jasno określonych zadań, obowiązków, zakresu odpowiedzialności, łatwo wywołać niesłuszne poczucie winy.

Pracownik uważa, że jest niesłusznie karany za coś do czego nie był zobowiązany. Poczucie winy wzmacnia niesprawiedliwy podział premii, nagród, brak podwyżek i awansu.

**Krajowe Stowarzyszenie Antymobbingowe**  
**Oddział w Łodzi:**  
**93-286 Łódź,**  
**ul. Przędzalniana 127/40**  
**tel. 0 605 405 771**  
**e-mail: antymob@op.pl**

---

### **Co możesz zrobić, gdy jesteś poddana/ poddany mobbingowi?**

- ✓ zapisuj szykany, notuj miejsce i czas oraz okoliczności, świadków,
- ✓ rozmawiaj o zaistniałej sytuacji z jak największą liczbą osób.

### **Nie możesz czuć się odpowiedzialny i winny za zachowanie mobbera – pamiętaj:**

- ✓ pomocy szukaj poza pracą,
  - ✓ nie spotykaj się ze sprawcą przemocy sam na sam, staraj się zawsze zabrać kogoś ze sobą (ze związków zawodowych, pełnomocnika OIPiP lub staraj się nagrywać te rozmowy),
  - ✓ problemy rozwiązuj w obecności innych osób.
- 

Takie uczucie u pracownika wywołuje również nieuzasadnione nadmierne chwalenie innych.

3. *Poniżaniu* to działanie zmierzające do dyskredytowania ofiary jako człowieka i jako pracownika. Może odbywać się:

- werbalnie (poprzez nadmierną krytykę, krzyk, rozpowszechnianie negatywnych opinii, prawdziwych lub nie, ośmieszanie),
- niewerbalnie (poprzez niesprawiedliwe nagradzanie innych, odebranie przyznanej nagrody, nadmierne kontrolowanie pracy bez uzasadnienia, zlecanie zadań poniżej lub powyżej możliwości wykonania osoby mobbingowanej, stosowanie min oraz uśmieszków).

Takie formy mobbingu mogą występować łącznie lub każda z osobna.

Krajowe Stowarzyszenie Antymobbingowe jest organizacją pozarządową powstałą w 2002 roku we Wrocławiu. Swoją działalnością obejmuje cały kraj. Głównym celem stowarzyszenia jest pomoc osobom prześladowanym w środowisku pracy oraz przeciwdziałanie zjawisku mobbingu. Organizuje ono stałe spotkania indywidualne i grupowe, podczas których osoby mobbowane mają możliwość przedstawienia swojego problemu i uzyskania życzliwej porady psychologicznej lub prawnej, a w razie potrzeby interweniuje u pracodawców na rzecz osób mobbowanych oraz wspiera ich przed sądami pracy. Prowadzi badania zjawiska mobbingu ze szczególnym uwzględnieniem mobbingu kobiet. Nagłaśnia problem w środkach masowego przekazu, współpracuje w tym zakresie z innymi organizacjami pozarządowymi.

W rozpoznaniu mobbingu pomagają nam instytucje i stowarzyszenia antymobbingowe: Krajowe Stowarzyszenie Antymobbingowe, 50-237 Wrocław, ul. Ołbińska 18/5 Telefon: 0 606 371 919. Ponadto Oddziały w Krakowie, Łodzi i w Gdańsku – Łódzki Oddział KSA: 93-286 Łódź, ul. Przędzalniana 127/40

# Idea wywiadu motywującego w opiece pielęgniarskiej nad pacjentem z chorobą przewlekłą

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Wywiad motywujący, dzięki swojemu holistycznemu podejściu do choroby, jest narzędziem, które stwarza możliwość podarowania pacjentom tego, czego oni potrzebują zawsze niezależnie od rodzaju choroby. Są to przede wszystkim: nadzieja, poczucie mocy osobistej, możliwość odreagowania.

Każda choroba, nie tylko przewlekła, w znacznym stopniu obciąża psychikę pacjenta. Stąd konieczność nawiązania z osobą chorą takiego kontaktu, który zmobilizuje jego wszystkie siły (nie tylko fizyczne) do walki o przywrócenie zdrowia, a gdy to jest niemożliwe, jak ma to miejsce w przypadku większości chorób przewlekłych, do podjęcia prób odnalezienia się w zmienionej przez chorobę rzeczywistości. W celu nawiązania takiego kontaktu personel medyczny może skorzystać z szeregu interwencji terapeutycznych, aby zachęcić chorego do podjęcia wysiłków na rzecz radzenia sobie z chorobą. Interwencje te doczekały się licznych klasyfikacji, a do najciekawszych i mających największe możliwości zastosowania w rzeczywistości medycznej należą propozycje Hopsona oraz de Boarda.

Hopson wśród strategii, które może podjąć personel medyczny względem pacjenta, wymienia: bezpośrednie działanie na korzyść drugiej osoby (typu: dostarczanie potrzebnych

przedmiotów, np. pożywienia), dawanie rad (mówienie, co zdaniem osoby wspierającej jest najlepsze dla pacjenta), uczenie (pomoc w zdobyciu wiedzy i umiejętności potrzebnych do polepszenia swojej sytuacji, np. pomoc cukrzykowi w nauce sztuki pielęgnacji stóp), przekazywanie brakujących i potrzebnych informacji, np. wyjaśnianie, jak należy interpretować wyniki poziomu cukru). Ostatnimi rodzajami działania wymienianymi przez Hopsona i jednocześnie najbardziej polecanymi w przypadku pracy z pacjentem chorym przewlekle jest poradnictwo rozumiane jako działania zmierzające do tego, aby osoba była w stanie sama sobie pomóc przez klaryfikację problemu lub poprzez omawianie alternatyw postępowania w radzeniu sobie z określoną trudnością oraz oddziaływanie na system, do którego należy pacjent. Działanie to polega na włączaniu rodziny w pracę chorego nad wprowadzaniem wszelkich zmian tak, aby pomagała albo przynajmniej nie

przeszkadzała w procesie wprowadzania tych zmian, np. pacjent, który musi schudnąć, nie będzie kuszony przez żonę wysokotłuszczowymi potrawami. Rodzina bowiem będzie mogła aktywnie włączyć się w proces wprowadzania zmian potrzebnych w życiu chorego dopiero wtedy, kiedy pozna i zrozumie jego potrzeby.

Równie ciekawa jest propozycja R. de Board'a, który w swojej klasyfikacji wyróżnił cztery podstawowe style pomagania. Są to:

*Mówienie pacjentowi, co ma robić* – w tym stylu osoba pomagająca koncentruje się na problemie – podaje gotowe rozwiązania i pomija osobiste doświadczenia czy też preferencje pacjenta (np. pacjent z nadwagą z cukrzycą, który nigdy nie przejawiał żadnej aktywności fizycznej, słyszy, że musi teraz regularnie codziennie ćwiczyć, aby schudnąć 10 kg prawdopodobieństwo sukcesu w tym przypadku jest niskie, a pacjent, który to czuje, nie ma w sobie żadnej motywacji do podjęcia działania, bo „przecież to i tak

się nie uda”). Niestety doświadczenia wielu pacjentów wskazują, że ten styl przeważa w kontaktach z personelem medycznym i, pewnie z tego względu, został nazwany „stylem medycznym”.

*Radzenie pacjentowi, co ma robić* – tutaj osoba pomagająca nadal koncentruje się bardziej na problemie niż na pacjencie, jednak w tym wypadku chce, by sam pacjent włączył się w proces rozwiązania problemu poprzez wybór jednej z kilku alternatyw, jakie się mu przedstawia.

*Manipulowanie* jest nieuczciwym sposobem wywierania wpływu na osobę. Pomagający jest tylko pozornie skoncentrowany na osobie wspomaganej, w rzeczywistości jednak uzależnia ją od siebie, a problem długo pozostaje nierozwiązany.

*Poradnictwo* oznacza większą koncentrację na wspomaganym niż na problemie i co najważniejsze dążenie do zaangażowania chorego w proces rozwiązania problemu zdrowotnego (np. pacjent z nadwagą sam zastanawia się, za pomocą jakiej aktywności fizycznej może zmniejszyć swoją wagę). Pomoc udzielana pacjentowi polega w tym przypadku na takim kierowaniu rozmową, aby on sam znalazł dla siebie najlepsze rozwiązanie. Ten styl pomagania jest najbliższy idei wywiadu motywującego, który cieszy się rosnącą popularnością na świecie i, również w Polsce, zaczyna interesować się nim coraz więcej osób spoza świata medycyny. Oczywiście nie sposób przedstawić w tak krótkim opracowaniu całej idei MI (*motivational interviewing*), dlatego autorka ograniczy się więc w tym miejscu do przybliżenia Czytelnikowi podstawowych założeń wywiadu motywującego tak, aby wzbudzić jego zaciekawienie tym instrumentem, a jednocześnie zachęcić do dalszej lektury i samodzielnych poszukiwań w tym zakresie.

Aby zrozumieć specyfikę relacji zachodzącej między personelem medycznym a pacjentem, należy pamiętać, że chorobę można opisać w różnych wymiarach: biologicznym, społecz-

## **Każda choroba, nie tylko przewlekła, w znacznym stopniu obciąża psychikę pacjenta. Stąd konieczność nawiązania z osobą chorą takiego kontaktu, który zmobilizuje jego wszystkie siły (nie tylko fizyczne) do walki o przywrócenie zdrowia**

nym, psychologicznym oraz moralno-duchowym.

Aspekt biologiczny (jedyne o charakterze obiektywnym) wyraża się w diagnozie medycznej popartej wynikami badań laboratoryjnych i innych. Im cięższy przebieg choroby, tym pacjent ma większe trudności w zaspokajaniu potrzeb biologicznych (typu: oddychanie, sen), czemu może towarzyszyć lęk o różnym nasileniu, a przede wszystkim różne dolegliwości bólowe. Pewne okoliczności (np. chroniczna bezsenność czy trudności z oddychaniem) mogą te stany pogłębiać i być przyczyną fizycznego lub/i psychicznego dyskomfortu. Rozpatrywanie choroby jedynie z tej perspektywy skutkowałoby przedmiotowym traktowaniem pacjenta, dlatego też współczesna medycyna odwołuje się do pozostałych wymiarów.

Spółeczny wymiar obejmuje zmiany (również te następujące w sferze ograniczeń i przywilejów) wynikających z choroby. Większość chorób przewlekłych pociąga za sobą stygmatyzację. Jeśli ma ona charakter pozytywny (tj. otoczenie współczuje osobie chorej i nie wini jej za istnienie choroby), to wiąże się to z udzielaniem osobie chorej wsparcia społecznego ze strony bliższego i dalszego otoczenia.

Moralno-duchowy wymiar choroby obejmuje świat wartości indywidualnych, które w obliczu przewlekłej choroby ulegają zrewidowaniu oraz otwarciu się na Boga.

Psychologiczny wymiar, jako aspekt subiektywny, koncentruje się wokół trudności w zaspokajaniu potrzeb, co skutkuje zaburzeniami w normalnym funkcjonowaniu. Personel medyczny może pomóc pacjentowi, jeśli będzie znał odpowiedzi na pytania, typu: czy chory ma wątpliwości związane z chorobą, leczeniem, jak wyglądają relacje pacjenta z bliskimi, czy choroba ma wpływ na społeczne funkcjonowanie pacjenta, czy chory potrzebuje pomocy w odnalezieniu sensu w tym, co go spotkało. Te pytania są wskazówkami, w jakim kierunku należy podążać, aby choremu pomóc w radzeniu sobie z chorobą.

Charakterystyczne dla chorób przewlekłych jest deprivacja potrzeb znaczenia i szacunku, co utrudnia choremu pełnienie ról społecznych, a tym samym wpływa negatywnie na jego poczucie własnej wartości, co jest szczególnie widoczne w sytuacji, gdy chory jest uzależniony od innych, a jego własna aktywność jest mocno ograniczona z powodu choroby. W tym miejscu należy podkreślić, że to właśnie deprivacja potrzeb psychicznych, tak typowa dla przewlekłych chorób, jest częstą przyczyną depresji i zaburzeń lękowych.

Wywiad motywujący, dzięki swojemu holistycznemu podejściu do choroby, jest narzędziem, które stwarza możliwość podarowania pacjentom tego, czego oni potrzebują zawsze niezależnie od rodzaju choroby. Są to przede wszystkim: nadzieja, poczucie mocy osobistej, możliwość odreagowania, mobilizacja emocjonalna i zaangażowanie, stwarzanie okazji do poszerzania świadomości, poczucie wsparcia ze strony innych, poczucie sensu. Przyjrzyjmy się tym czynnikom nieco bliżej.

Nadzieja oznacza wiarę w pozytywne rozstrzygnięcie i oczekiwanie czegoś dobrego. Towarzyszą jej pozy-

tywne emocje i z tego względu sprzyja ona zdrowieniu. Badania pokazały, że pozytywne emocje wzmacniają immunokompetencję (proces nabywania przez limfocyty podstawowych cech czynnościowych), a tym samym przyczyniają się do lepszego samopoczucia fizycznego i psychicznego.

Poczucie mocy osobistej wynika z pozytywnej samooceny, akceptacji siebie związanej z poczuciem własnej skuteczności, będącej efektem przeświadczenia o sprawowaniu kontroli i wzięciu odpowiedzialności za podejmowane przez siebie decyzje i działania. Sprzyja ono nawiązywaniu dobrych relacji z innymi zgodnie z przekonaniem: ja OK – ty OK. Stwarzanie możliwości odreagowania, to znane od zawsze *katharsis*, rozładowanie emocji i uzyskanie potwierdzenia, że przeżywane uczucia są właściwe i adekwatne do sytuacji. Któż z nas nie uspokoił się w trudnej chwili, kiedy dowiedział się od innych, że to, co przeżywa, jest normalne! Pacjenci potrzebują tego samego doświadczenia, gdyż z uwagi na piętno choroby przewlekłej są często narażeni na przeżywanie silnych negatywnych emocji typu złość, gniew. Jeśli osoba ma generalnie trudności z wyrażaniem negatywnych emocji, może uciekać

---

**Badania pokazały, że pozytywne emocje wzmacniają immunokompetencję (proces nabywania przez limfocyty podstawowych cech czynnościowych), a tym samym przyczyniają się do lepszego samopoczucia fizycznego i psychicznego.**

od ich uzewnętrzniania, a takie postępowanie nieuchronnie pogorszy jej stan psychiczny.

Mobilizacja emocjonalna i zaangażowanie to doświadczenie mobilizujących, to jest pozytywnych, emocji. Kontaktując się z życzliwym personelem, który wykazuje się gotowością do odpowiadania na pytania i wątpliwości pacjenta, nie wyśmiewa jego niepokojów, czy braku wiedzy na temat choroby, chory ma właśnie okazję do przeżywania pozytywnych emocji. Stwarzanie okazji do poszerzenia świadomości dzięki nowej wiedzy następują samopoznanie, wgląd i zrozumienie siebie, w tym także niepokojących aspektów siebie.

Szczególnego rodzaju chorobą przewlekłą jest cukrzyca. Pacjent chory na cukrzycę jest obciążony licznymi obowiązkami wynikającymi z konieczności kontrolowania swojego stanu zdrowia. Można nawet powiedzieć, że w żadnej innej chorobie chory nie jest tak bardzo obciążony działaniami związanymi z terapią, jak w przypadku cukrzycy – od rana do wieczora musi on pamiętać o przestrzeganiu surowej diety, dokonywać regularnych pomiarów poziomu stężenia glukozy we krwi i, w zależności od wyniku, modyfikować dawki insuliny, a do tego wszystkiego być aktywnym fizycznie! Przyzwolenie nawet na chwilową słabość może pociągnąć za sobą nieodwracalne zmiany narządowe, łącznie z amputacją stopy. Nic więc dziwnego, że wśród osób chorujących na cukrzycę jest bardzo wysoki odsetek cierpiących także na depresję, a specjaliści pracujący z cukrzykami wiedzą, że prawdopodobieństwo zachorowania na depresję jest wyższe w populacji osób chorujących na cukrzycę niż w grupie zdrowej.

Badania Rubina pokazały, że psychologiczne problemy chorych na cukrzycę można zamknąć w dwóch obszarach: zaburzenia psychiczne (depresja) oraz trudności w radzeniu sobie ze stresem. Chorzy na cukrzycę są bowiem odbiorcami różnego rodzaju stresorów:

**Kontaktując się z życzliwym personelem, który wykazuje się gotowością do odpowiadania na pytania i wątpliwości pacjenta, nie wyśmiewa jego niepokojów, czy braku wiedzy na temat choroby, chory ma właśnie okazję do przeżywania pozytywnych emocji.**

---

– poznawczych, bo muszą poznać i zrozumieć mechanizmy swojej choroby, jej objawy, a przede wszystkim nauczyć się uwzględniać i stosować do ograniczeń z niej wynikających.

– emocjonalnych, gdyż znajdują się w permanentnym poczuciu zagrożenia i bezradności, a także odczuwają mniejsze poczucie własnej wartości i kierują się przekonaniem o uzależnieniu od opieki innych.

Pozostałe stresory są natury behawioralnej (wynikają one z konieczności przestrzegania reżimu leczenia, uczenia się koniecznych zachowań, np. pielęgnacja stopy czy sprawne dokonywanie samokontroli) i społecznej, ponieważ cukrzyca często pociąga za sobą konieczność ograniczeń zawodowych. Personel medyczny nie może więc w kontakcie z pacjentem cukrzycowym ograniczyć się do prostego informowania go o tym, jakich reguł powinien przestrzegać. Potrzebne jest specjalne podejście, dzięki któremu chorzy będą mogli konstruktywnie myśleć o sobie, świecie i o swoim w nim miejscu. Wreszcie potrzebne jest takie podejście, które będzie wzbudzało motywację do podjęcia pracy nad chorobą. Tymczasem rzeczywistość pokazuje, że kiedy pacjentowi brakuje owej motywacji,

co przekłada się na nie przestrzeganie zaleceń medycznych, winy szuka się w samym chorym. Co więcej, personel medyczny może poczuć się w kontakcie z osobą, która go „nie słucha” bezsilny, gdyż, mimo najlepszej wiedzy i chęci, nie jest w stanie pomóc pacjentowi. Rozpoczyna się wtedy walka o to, kto silniejszy i kto bardziej postawi na swoim. Tracą na tym wszyscy: pacjenci, bo ich stan zdrowia pogarsza się i personel, który w wyniku poczucia niemocy jest bardziej narażony na wypalenie zawodowe. Rozwiązaniem takiej patowej sytuacji może być wywiad motywujący.

MI, jak twierdzą jego autorzy Rolnick i Miller, jest takim narzędziem, które przyniósł pozytywne efekty w walce m.in. z cukrzycą, a także w zmianie zachowań pacjentów w kierunku stosowania właściwej diety, co w przypadku chorowania na cukrzycę jest jednym z kluczowych elementów właściwego postępowania z tą chorobą. Jak donoszą West, DiLillo i in., zastosowanie MI może przyczynić się do większego spadku wagi ciała (w kierunku pożądanego), a ponadto pozwala na lepszą redukcję hemoglobiny indukowanej poprzez efektywniejsze stosowanie się do zaleceń lekarskich.

Według twórców MI opieka medyczna ma za zadanie dostarczyć pacjentowi tego, czego sam nie może sobie zapewnić – lekarstw, podczas gdy MI wydobywa z pacjenta to, co on już posiada (ale nie zawsze zdaje sobie z tego sprawę) jego zasoby i możliwości.

Wywiad motywujący zawiera w sobie trzy elementy: współpracę, sugestię oraz poszanowanie autonomii pacjenta. Posługując się w kontakcie z pacjentem wywiadem motywującym należy znaleźć i zrozumieć punkt widzenia chorego poprzez przyjęcie argumentów podawanych przez niego samego.

Jednym z najbardziej kluczowych dla terapii momentów jest ten, w którym pacjent doświadcza ambiwalencji. Poznamy ją po stwierdzeniach

## **Wg twórców MI (motivational interviewing) opieka medyczna ma za zadanie dostarczyć pacjentowi tego, czego sam nie może sobie zapewnić – lekarstw, podczas gdy MI wydobywa z pacjenta to, co on już posiada (ale nie zawsze zdaje sobie z tego sprawę) jego zasoby i możliwości.**

typu „chciałabym, ale...”. Któż z nas nie powiedział tak choć raz w swoim życiu? Można nawet pokusić się o stwierdzenie, że ambiwalencja jest wszechobecna w naszej rzeczywistości, ale wcale nie oznacza to, że należy jej się poddać. Kiedy słyszysz od chorego: „Chciałabym rzucić palenie, ale wiem, że nigdy mi się to nie uda” – uwierz mu! Próby wymuszania w tym momencie jakichkolwiek zobowiązań zakończą się teraz z całą pewnością niepowodzeniem. Jeśli personel medyczny chce pomóc choremu, powinien najpierw spróbować rozpoznać stopień nasilenia jego ambiwalencji. W tym celu można wykorzystać strategię rozmowy „za i przeciw” z chorym. Jej istota polega na zadaniu pytania, jakie są dobre strony sytuacji, w jakiej obecnie znajduje się pacjent (np. „Co się pani podoba w paleniu?”), a następnie zadaniu pytania: „A jakie są tego minusy... Czego pani nie lubi w paleniu?”. Prowadzenie pacjenta tą metodą powoduje, że chory jest postawiony wobec konieczności przekonania samego siebie do zmiany, gdyż samo stwierdzenie personelu medycznego: „Musi pan rzucić palenie/schudnąć etc” nie jest żadnym gwarantem, że tak właśnie się stanie. Zmiana zachowania

może nastąpić bowiem dopiero wtedy, kiedy pacjent zaangażuje się i pojawią się pierwsze działania. Trzeba porzucić więc pokusę narzucania pacjentowi, co powinien zrobić. Zamiast tego lepiej spytać: „Dlaczego chciałaby pani schudnąć” (dla poznania natury pragnienia), „Jak by to pani zrobiła, gdyby się na to zdecydowała?” (możliwości pacjenta); „Jakie są dla pana trzy najważniejsze powody, dla których chce pan schudnąć?” (powody); „Jak ważne jest dla pana, aby schudnąć?” (potrzeby pacjenta). Odpowiedzi na te pytania przyniosą więcej korzyści, niż zwyczajowo spotykane w gabinecie lekarskim, typu: dlaczego nie chce pan..., dlaczego nie może pan..., dlaczego nie pójdzie pani.... Tego rodzaju pytania wzmagają opór, chęć obrony siebie przed zbyt natarczywym interlokutorem oraz zatrzymują w procesie kształtowania motywacji do wypełniania zaleceń medycznych.

Jeśli brakuje Ci czasu, aby z każdym pacjentem rozmawiać zgodnie z zasadami wywiadu motywującego, spróbuj zastosować wskazówki usprawniające zapamiętywanie najważniejszych informacji. Wiadomo bowiem od dawna, że pacjent po wyjściu z gabinetu pamięta zaledwie garść informacji przekazywanych mu przez personel. To jest zresztą jedną z najważniejszych przyczyn nieprzestrzegania zaleceń. Najbardziej popularne metody usprawniające zrozumienie i poprawiające funkcjonowanie pamięci przekazów werbalnych wg Ley'a i Liewelyn'a to: przekazywanie najważniejszych informacji na początku (w ten sposób uruchomiony zostaje efekt pierwszeństwa – najlepiej zapamiętujemy to, co było na początku), powtarzanie najważniejszych informacji, używanie konkretnych stwierdzeń i budowanie prostych zdań.

mgr Monika Kowalska-Wojtysiak  
Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie  
Uniwersytet Medyczny, Łódź





BARBARA KRAWCZYK

## Zaburzenia depresyjne u rodzin pacjentów z rozpoznaniem przewlekłej schizofrenii

Choroba jednego członka rodziny może całkowicie zmienić układ rodzinny. Nietypowe, niezrozumiałe zmiany nastroju, zachowania, aktywności są silnym przeżyciem dla pozostałych członków rodziny.

Opiekunowie chorych na schizofrenię przewlekłą ze względu na sprawowanie opieki narażeni są na silny stres, który może mieć negatywny wpływ na ich kontakty oraz stan zdrowia. Schizofrenia należy do grupy zaburzeń heterogennych o niejasnej etiologii, zmiennym początku i przebiegu. Następstwa niepełnosprawności i odmiennego funkcjonowania chorych na schizofrenię to poważny problem społeczny stanowiący obciążenie rodzin. Schizofrenia to schorzenie w większości ludzi młodych. Przebieg tej choroby często uniemożliwia osiągnięcie celów rozwojowych oraz pełnej stabilizacji życiowej. Czas przebiegu choroby przejawia się tendencją do nawracania, przewlekania lub utrwalania zaburzeń, a u części chorych prowadzi do znaczącej inwalidyzacji. Uwarunkowania schizofrenii, jej przebieg oraz powikłania wymagają długotrwałego,

kompleksowego i zindywidualizowanego leczenia.

Aby jak najdłużej utrzymać optymalne funkcjonowanie i zadowolenie z życia chorych na schizofrenię istotne jest skuteczne oddziaływanie psychospołeczne oraz wsparcie rodziny. Cechy przebiegu schizofrenii i jej następstwa sprawiają, że chorzy na tę chorobę wymagają kompleksowego, zindywidualizowanego leczenia, często świadczeń związanych z niepełnosprawnością, ale przede wszystkim wymagają wszechstronnego oparcia społecznego, oparcia ze strony rodziny.

Wiadomo jest, iż osoby chore na przewlekłą schizofrenię posiadający opiekującą się rodzinę, troskliwą, szybciej zdrowieją, remisje są u nich dłuższe. Opieka nad chorym z chorobą układu nerwowego jest trudna, naraża opiekunów często na silny, przewlekły stres, który ma negatywny wpływ na zdrowie psychiczne opiekujących się osób.

Jedną z konsekwencji opieki nad chorym jest ograniczenie kontaktów społecznych, rodziny, przyjaciół. Choroba przez dłuższy czas członka rodzi-

ny zmusza opiekunów, aby podjęli oni dodatkowe role społeczne, rodzinne, obowiązki. Często występuje w rodzinie gorsza sytuacja materialna, samotne podejmowanie decyzji życiowych, rodzinnych przez opiekuna.

Brzemieniem choroby obarczani są wszyscy członkowie rodziny. Jest to utrata przynajmniej w części dotychczasowych marzeń, planów. Krewni mający bardziej życzliwy stosunek do pacjenta ponoszą w późniejszym okresie mniejsze psychologiczne koszty wynikające z jego choroby. Dla rodziny choroba w większości przypadków stanowi ogromny ciężar pod którym załamuje się jej funkcjonowanie, niekiedy jest okazją do zmiany dotychczasowych sposobów działania. Ciężar jaki niesie ze sobą schizofrenia często doprowadza do psychicznego cierpienia, rodzi poczucie samotności u członków rodzin osób z rozpoznaniem tej choroby.

Schorzenie stanowi istotny problem. Wywołuje szereg zmian w sferach życia rodzinnego, trudności finansowe, zmiany funkcji rodziny, stresy i napięcia w domu, dodatkowe obciążenia

pracą członków rodziny. U opiekunów chorych na przewlekłą schizofrenię często występują niekorzystne reakcje: bezsenność, drażliwość, pogorszenie samopoczucia, brak łaknienia, dolegliwości bólowe, niekiedy zachorowania niebezpieczne dla zdrowia. Często zaburzenie i związane z nim napięcia emocjonalne i przeciążenie wynikające z zastępowania lub wyręczenia osoby chorej, kosztem realizacji własnych planów życiowych, osłabiają więzi rodzinne.

Chorzy psychicznie budzą w zdrowych ludziach lęk, niepokój, zakłopotanie, strach, złość niekiedy niechęć.

Powinno dążyć się do jak najmniejszego negatywnego wpływu choroby na pacjenta i jego rodzinę. Aby tak się stało istotne jest wsparcie, które odgrywa dużą rolę w poprawie jakości życia w wymiarze stanu psychicznego, funkcjonowania społecznego i zadowolenia z życia.

Całościowa opieka nad pacjentem i jego rodziną oraz jej ciągłość może zapobiec mechanizmom prowadzącym do izolacji, wypadania chorych i opiekunów z ról społecznych, wykluczenia ze społeczności i powinna zmniejszyć społeczne koszty choroby. Wspieranie należy ukierunkować na stymulację i podtrzymywanie zasobów, dopasowywać do faz choroby, potrzeb i możliwości. Ważne jest kształtowanie podtrzymującego środowiska rodzinnego i rozszerzenie sieci wsparcia psychicznego.

Opieka nad chorym może doprowadzić do zaburzeń u członków rodzin, do zachorowań na depresję. Przewlekły stres wynikający z choroby członka rodziny może powodować zaburzenia psychiczne u opiekunów, które z kolei mogą wpływać na proces terapii.

Rodziny często są „załamane” chorobą najbliższych. Nurtuje ich wiele pytań, na które często nie ma odpowiedzi. Długotrwała opieka doprowadza do smutku, przygnębienia, niepokoju, rozdrażnienia, lęku.

Choroba wywołuje szereg zmian w wielu sferach życia rodzinnego.

W rodzinach obserwuje się wzrost emocji związanych z chorobą. Są to reakcje emocjonalne związane z faktem choroby. Bywają przedstawione jako mechanizmy frustracyjne i ukazują głębokie przeżycie zarówno osoby chorej, jak też członków rodziny na chorobę bliskiej osoby.

Występują też zmiany w relacjach emocjonalnych zachodzących między poszczególnymi członkami rodziny, między osobami zdrowymi i osobą chorą. Reakcje emocjonalne są zjawiskiem powszechnym. Osoba bliska cierpi, choroba ogranicza jej sprawność, zmniejsza szansę na rozwój, powodzenie. Poczucie zagrożenia powoduje ogromną frustrację. Występują różne reakcje czynnościowe u poszczególnych członków rodziny (bezsenność, drażliwość, brak apetytu, złe samopoczucie), dolegliwości bólowe: bóle głowy, oraz inne zachorowania niekorzystne dla zdrowia. Przeżycia emocjonalne są związane z siłą więzi emocjonalnej w rodzinie.

Istnieje ścisły związek między zdrowiem człowieka, a jego sytuacją rodzinną. Wyniki badań Światowej Organizacji Zdrowia informują o tym, iż 75 proc. potrzeb zdrowotnych jest zaspokojonych w domu.

Opieka powoduje przeciążenie i występowanie sytuacji wyjątkowo trudnych dla całej rodziny, w tym pogorszenie standardu życia, wzrost nieporozumień, pretensji i konfliktów, porzucenie, niekiedy tylko zbliżenie emocjonalne, czułość, troska. Szczególnie w przypadku choroby psychicznej można zaobserwować rodziny dysfunkcyjne.

W stosunku do chorób psychicznych, przyjmuje się interpretację, iż choroba ta nie jest jedynie dysfunkcją psychiczną osoby chorej (członka rodziny), ale dysfunkcją całej rodziny. Terapia jeśli jest prowadzona musi obejmować całą rodzinę. Interpretacja wynika z przyjęcia systemowej koncepcji rodziny.

Choroba psychiczna – ograniczanie lub utrata sprawności przez kogoś bliskiego, członka rodziny to ogromne

wyzwanie z którym opiekunowie radzą sobie lub nie. Powoduje to zmiany w życiu poszczególnych osób. Analizy tych zmian określają indywidualne konsekwencje odnoszące się do stanu emocjonalnego np.: depresja, załamanie.

Krewni pacjenta dźwigają brzemień choroby. Trudności z jakimi boryka się rodzina mogą doprowadzić do jej dezintegracji. Ponosi ona ogromne koszty emocjonalne. Hospitalizacja i leczenie psychiatryczne jest źródłem lęku, wstydu, poczucia winy, bezradności.

Rodziny dzielimy na takie w których choroba staje się osią życia rodzinnego – rodziny schizofreniczne oraz rodziny w których, ktoś jest chory na schizofrenię.

Istotne jest, aby nie „owijać” się wokół choroby, ponieważ początkowo może to pomóc rodzinie przetrwać najcięższe chwile – osłabić chaos, ale w późniejszym czasie wzmacnia chorobę i osłabia rodzinę. Uniemożliwia to do zajęcia postawy empatycznej, jaka jest potrzebna choremu.

Osoby które przez dłuższy czas udzielają opieki innym zagrożone są tzw. zespołem wypalenia. Osoba pomagająca tak wyczerpuje swoje siły fizyczne i psychiczne, że w konsekwencji tego wymaga sama pomocy od innych. Zależy to od czynników zewnętrznych, wewnętrznych oraz sposobu radzenia z przewlekłymi sytuacjami trudnymi, z długotrwałym stresem.

Opiekunowie także mogą czuć się winni za zaistniałą sytuacją, niektórzy przyczyny szukają na zewnątrz np. wśród bliskich. Osobom opiekującym się często towarzyszy niepokój i obawa o przyszłość osoby najbliższej. Jednym ze źródeł niepokoju jest niepewność do źródeł sytuacji.

Świadomość własnej użyteczności, wręcz niezbędności, może lęk zmniejszyć, bez którego rodzina będzie lepszym współterapeutą.

Opiekunowie chorych na schizofrenię spotykają się często z agresywnością, niegrzecznością, wzburzeniem,

napięciem, kłamstwem ze strony chorych.

Choroba zawsze poucza, martwi, rodziny starają się o jak najlepszą opieką, pielęgnują. Psychoza dotyczy myślenia, odczuwania, przeżywania, tego co jest najbardziej indywidualne, dlatego jest trudna i pogłębia całą rodzinę. Często jednak rodziny mimo przytłaczającego smutku, bezradności, dysponują dobrą wolą, gotowością do pomagania.

Krewni chorego na schizofrenię odgrywają dużą rolę w jego leczeniu, w jego funkcjonowaniu.

Rodzina może ulżyć pacjentowi w cierpieniu, gdy:

- jest z nim w chorobie,
- okazuje mu zrozumienie,
- daje mu poczucie bezpieczeństwa w domu,
- stara się unikać nadmiernej stymulacji i stresów, daje możliwość wycofywania się,
- nawiązuje przejrzysty i szerszy kontakt
- jest uczciwa,
- nie jest nadmiernie krytyczna, stosuje pozytywne wzmocnienie.

Pomaganie choremu na schizofrenię w tworzeniu nowych nawyków życiowych, odszukiwaniu starych, odkrywaniu odpowiedzialności za zdrowie, sprawowanie opieki często prowadzi u opiekunów chorych do zaburzeń depresyjnych, do życia w ciągłym stresie. Jednak opieka odgrywa niebagatelną rolę w funkcjonowaniu chorych.

Aby opieka była efektywna nad chorym rodzina odgrywa ogromną rolę. Musi ona jednak posiadać wiedzę na temat choroby. Brak jej oraz obawa przed społecznymi restrukcjami może spowodować zauważanie objawów choroby psychicznej i leczenie.

Schizofrenia może być wyniszczająca dla chorych oraz najbliższych. Rodzina świadoma potrafi zminimalizować czynniki stresogenne jakim niewątpliwie jest choroba przewlekła.

Opieka nad chorym psychicznie członkiem rodziny doprowadza do zespołu depresyjnego u osoby opiekującej się. Rodzina borykająca się

z codziennymi problemami, kłopotami, przewlekłym stresem jest narażona ma takie zachorowania. Ważne jest otrzymanie wsparcia od otoczenia, które redukuje nasilenie stresu, co z kolei wiąże się lepszym samopoczuciem psychicznym opiekuna.

Aby rodzina mogła skutecznie opiekować się chorym i nie ulec obciążeniu musi być świadoma choroby, mieć wiedzę i powinna potrafić trafnie ocenić stan chorego i własny. Jeśli przyjmie inne rozwiązania będzie obciążona i w późniejszym czasie będzie sama musiała korzystać z pomocy profesjonalistów. Jest to bardzo trudne, ponieważ choroba psychiczna bliskiej osoby dotyczy myślenia, odczuwania, przeżywania tego co najbardziej indywidualne i czułe, tego, co określa człowieka. W naszym społeczeństwie jest przekonanie, że chorować psychicznie, to coś czego sam chory i jego rodzina często wstydzą się przed ludźmi. Rodziny odczuwają lęk, niepokój, irytację, rozpacz, osamotnienie.

Ważne jest uświadomienie społeczeństwa na temat zdrowia psychicznego. Światowa Organizacja Zdrowia wspólnie z Komisją Europejską przyjęła w 1999 roku stanowisko w sprawie znaczenia promocji zdrowia psychicznego. Należy znaleźć rozwiązania i postawić nacisk na zdrowie psychiczne w rodzinie, indywidualne, w społeczności, w ramach ochrony zdrowia, w administracji rządowej, samorządowej, w nauce, w stowarzyszeniach profesjonalistów zdrowia psychicznego, w środkach masowego przekazu, w organizacjach pozarządowych.

Jeśli dojdzie do efektywnych rozwiązań, wtedy na pewno pacjenci chorujący na schizofrenię, ich opiekunowie będą mogli doświadczać mniej cierpienia psychicznego. Opieka jest trudna i doprowadza często do dysfunkcji opiekunów. Dlatego też, aby temu zapobiec należy również pomóc rodzinom i otoczyć ich troską.

Barbara Krawczyk  
Szpital Wojewódzki w Bełchatowie  
Oddział Psychiatryczny

## Pielęgniarstwo onkologiczne

Anna Koper (red. naukowa)  
Wydawnictwo Lekarskie PZWL  
Warszawa 2011

Książka zawiera kompleksowy i profesjonalny obraz pielęgniarstwa onkologicznego. W podręczniku omówiono rolę pielęgniarki w profilaktyce i diagnostyce chorób nowotworowych oraz we wszystkich stosowanych obecnie terapiach onkologicznych, wyodrębniając przy tym procesy pielęgnacyjne przy schorzeniach podstawowych układów i narządów człowieka. W osobnym rozdziale przedstawiono zagadnienia związane z opieką nad dzieckiem z nowotworem. Wiele miejsca poświęcono również opiece psychologicznej – choćby poprzez grupy wsparcia dla chorych z różnymi problemami onkologicznymi i rehabilitacji pacjenta. Ponadto poruszono problematykę opieki paliatywnej i terminalnej nad chorym oraz jego rodziną. Przybliżono też istotne działania podejmowane na rzecz rozwoju pielęgniarstwa onkologicznego i zapewnienia jakości w tej dziedzinie. Pozycja adresowana jest do studentów pielęgniarstwa i innych kierunków medycznych, a także do pielęgniarek pracujących na oddziałach onkologicznych oraz przygotowujących się do egzaminu specjalizacyjnego z zakresu pielęgniarstwa onkologicznego.

główny specjalista ds. merytorycznych  
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

# STANDARD POSTĘPOWANIA Z PACJENTEM DEPRESYJNYM

## KOMISJA DS. PIELĘGNIARSTWA PSYCHIATRYCZNEGO

Depresja jest jednym z najczęstszych stanów patologicznych. W najłagodniejszej formie oznacza poczucie przygnębienia, niezadowolenia, braku perspektyw. W średnio nasilonej depresji dotknięta nią osoba radzi sobie z codziennymi problemami ale wymaga to od niej ogromnego wysiłku. Ciężka depresja uniemożliwia prowadzenie normalnego życia w dotychczasowej formie. Człowiek może czuć się bezradnym a nawet mieć myśli samobójcze.

### Kryteria struktury

- w oddziale pracuje odpowiednia liczba personelu,
- zatrudniony personel jest odpowiednio przeszkolony, posiada wiedzę i umiejętności w zakresie postępowania z pacjentem depresyjnym,
- w oddziale warunki lokalowe odpowiadają wymogom zapewnienia bezpiecznych warunków pracy,
- oddział wyposażony jest w wystarczającą ilość bezpiecznego sprzętu,
- personel prowadzi stosowną dokumentację opieki nad pacjentem depresyjnym,
- pielęgniarki zapewniają kompleksową opiekę nad pacjentem depresyjnym,
- w przypadku zastosowania przymusu bezpośredniego trwa on tak długo, jak jest to konieczne dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjenta.

### Kryteria procesu

- a) należy dążyć do stworzenia choremu poczucia bezpieczeństwa poprzez:

- okazywanie choremu empatii i zrozumienia jego przeżyć i zachowań,
- unikanie oceniania chorego,
- prowadzenie wnikliwej obserwacji,
- przeciwdziałanie próbom samobójczym poprzez ciągłe przebywanie z pacjentem i rozmowę,
- zapewnienie wsparcia,
- motywowanie do życia poprzez pokazywanie celu życia,
- odwracanie uwagi od destrukcyjnych myśli,
- b) należy stworzyć warunki umożliwiające nawiązanie i podtrzymanie kontaktu chorego z innymi poprzez:
  - postrzeganie pacjenta i oferowanie siebie,
  - uważne słuchanie,
  - bycie otwartym, autentycznym, akceptującym, prawdopodobnym i empatycznym,
  - koncentrację na tym, co przeżywa pacjent,
  - zachęcanie do opisu przeżyć, werbalizacji przeszłości,
  - zachęcanie pacjenta do udziału w muzykoterapii,
  - odwracanie uwagi pacjenta od uporczywych myśli,
  - wspieranie emocjonalne,
  - wzbudzanie nadziei,

- c) należy pomóc pacjentowi w zaspakajaniu potrzeb biologicznych poprzez:

- obserwowanie (podczas toalety, spożywania posiłków i przyjmowania płynów),
- proponowanie pomocy przy wykonywaniu toalety, spożywaniu posiłków ewentualnie poznać przyczynę odmowy przyjmowania posiłków,
- zwracanie uwagi na wygląd zewnętrzny pacjenta,
- wspieranie pacjenta,
- kontrolowanie wypróżnień i masy ciała,
- prowadzenie bilansu płynów przyjętych i wydalonych,
- wzmacnianie pozytywnych zachowań pacjenta.

### Kryteria wyniku

- pacjent ma zapewnioną kompleksową opiekę pielęgniarską,
- proces pielęgnowania jest udokumentowany.

Komisja ds. Pielęgniarstwa  
Psychiatrycznego przy Okręgowej  
Radzie Pielęgniarek i Położnych