

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

Spraw, aby każdy
dzień Nowego Roku
miał szansę stać się
najpiękniejszym dniem
Twojego życia

Marek Twain

Życzymy
Państwu
w Nowym 2012
Roku zdrowia,
wszelkiej
pomyślności
i wielu powodów
do radości
oraz spełnienia
osobistych
i zawodowych
zamierzeń

Redakcja

2 Serwis informacyjny

6 Opinie prawne

Rozstrzygnięcie konkursu

11 Kariera czy rodzina

15 Życiowa równowaga

17 Blaski i cienie

Okiem psychologa

18 Postawa psychoterapeutyczna kluczem
do pozytywnych efektów w opiece
i leczeniu

20 Mowa wewnętrzna – dobrodziejstwo
czy przekleństwo?

24 Podziękowania

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, (42) 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje

oprac. mgr MARIA KOWALCZYK

I posiedzenie Prezydium ORPiP w dniu 1 grudnia 2011 r.

▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 5 pielęgniarkom i 1 położnej.

▶ Dokonano wymiany prawa wykonywania zawodu 2 pielęgniarkom i 1 położnej.

▶ Skreślono z rejestru pielęgniarek oraz z listy członków OIPiP w Łodzi 1 pielęgniarkę i 1 położną.

▶ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi 8 pielęgniarek.

▶ Przyjęto oświadczenie 1 pielęgniarki o zaprzestaniu wykonywania zawodu.

▶ Wpisano do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych 5 praktyk pielęgniarek.

▶ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat – 1 pielęgniarsce przedłużono o 2 miesiące okres przeszkolenia.

▶ Wpisano do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – Erudio: kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwo rodzinne, pielęgniarstwa operacyjnego, organizacji i zarządzania i kurs specjalistyczny w zakresie edukator cukrzycy (Nr 02/11) oraz firmę Becton Dickinson Polska: kurs doszkalający Ekspozycja zawodowa na patogeny krwiopochodne.

▶ Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: konferencji (symposium) – 2 osobom, kursie doszkalającym – 1 osobie, kursie specjalistycznym – 1 osobie, kursie kwalifikacyjnym – 4 osobom, szkoleniu specjalizacyjnym – 1 osobie.

▶ Przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich 5 osobom.

▶ Przyznano honoraria za artykuły opublikowane w Biuletynie Nr 11/2011 i Nr 12/2011 – 14 autorom (1 osobie odmówiono).

▶ Przyznano zapomogi bezzwrotne i pomoc finansową w wysokości po: 3000 zł – 1 osobie, 2500 zł – 2 osobom, 1200 zł – 1 osobie, 1000 zł – 1 osobie, 700 zł – 1 osobie, 500 zł – 1 osobie.

II posiedzenie ORPiP w dniu 13 grudnia 2011 r.

▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek 7 pielęgniarkom, 1 pielęgniarszowi.

▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru położnych 1 położnej.

▶ Skreślono z rejestru pielęgniarek oraz z listy członków OIPiP w Łodzi 1 pielęgniarkę.

▶ Wydano duplikat prawa wykonywania zawodu 1 pielęgniarsce.

▶ Wpisano do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych 3 praktyki pielęgniarek i 1 praktykę położnej.

▶ Wpisano do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – ERUDIO: kurs specjalistyczny w zakresie Leczenia ran (Nr 11/07), program dla pielęgniarek.

▶ Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: konferencji (symposium) zjeździe – 6 osobom, kursie doszkalającym – 1 osobie, kursie specjalistycznym – 12 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 19 osobom, szkoleniu specjalizacyjnym – 30 osobom, studiach podyplomowych – 1 osobie.

2 osobom odmówiono dofinansowania ze względu nie spełnienia wymogu regulaminowego: wnioski złożone po upływie terminu.

▶ Przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich finansowej 2 pielęgniarkom i 1 położnej.

▶ Przyznano nagrodę finansową w związku z uzyskaniem tytułu doktora nauk o zdrowiu, specjalność pielęgniarstwo położnicze – 1 położnej.

▶ Przyznano zapomogi bezzwrotne, pomoc finansową w wysokości po: 5000 zł – 1 osobie, 2500 zł – 1 osobie, 2000 zł – 1 osobie, 1500 zł – 1 osobie, 1000 zł – 1 osobie, 750 zł – 1 osobie.

2 osobom odmówiono przyznania zapomogi losowej, ze względu nie spełnienia wymogu regulaminowego: brak udokumentowanego zdarzenia losowego.

▶ Zatwierdzono z budżetu Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi finansowanie w roku 2012 prenumeraty „Magazynu Pielęgniarki i Położnej” dla rejonów wyborczych/zakładów – prenumerata magazynu dla 98 rejonów/zakładów w liczbie 399 egzemplarzy.

▶ Podjęto decyzję w sprawie kontynuowania od dnia 1 stycznia 2012 roku ubezpieczenia członków Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi grupowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w związku z wykonywanym zawodem pielęgniarki, pielęgniarsza, położnej, położnego – warunki umowy opublikujemy na łamach kolejnego numeru Biuletynu i na stronie internetowej OIPiP w Łodzi.

► Przedłużono do dnia 31 grudnia 2012 roku okres ostatecznej realizacji wykonania imiennych pieczętek dla członków OIPiP w Łodzi finansowanych z budżetu OIPiP w Łodzi.

► Zatwierdzono koszty uczestnictwa trzech przedstawicieli Komisji ds. Opieki Hospicyjno-Paliatywnej OIPiP w Łodzi udziału w XVI Jasnogórskiej Konferencji Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych „Praktyka w opiece paliatywnej wyrazem uczuć, troski i empatii” w Częstochowie.

► Przyjęto rezygnację Redaktora Naczelnego „Biuletynu” Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi – na stronie internetowej OIPiP w Łodzi został ogłoszony konkurs na Redaktora Naczelnego „Biuletynu” OIPiP w Łodzi.

► Powołano składy osobowe komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: 1 pielęgniarki przełożonej, 1 pielęgniarki oddziałowej i 1 ordynatora.

Terminarz spotkań w 2012 roku

	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
ORPiP (II wtorek m-ca)	12-14	14	13	10	8	12	-	-	11	9	13	11
Prezydium ORPiP IV środa m-ca	25	29	28	25	24	27	18	16	26	24	28	-
Pełnomocnicy III wtorek m-ca, godz. 12.00	17	21	20	17	15	19	-	-	18	16	20	12
Kadra kierownicza III środa m-ca, co II m- c godz. 13.00	-	22	-	18	-	20	-	-	19	-	21	13

Informacje z VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych

W dniach 6–8 grudnia 2011 roku odbył się w Jachrance (k. Warszawy) VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych. 339 delegatów zostało wybranych i upoważnionych przez okręgowe zjazdy pielęgniarek i położnych do dokonywania wyborów, przyjmowania uchwał, stanowisk, wniosków dotyczących naszego samorządu zawodowego. Naszą Okręgową Izbę reprezentowało 18 delegatów.

Delegaci wybrali nowego Prezesa Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych: dr n. med. Grażynę Rogalę-Pawelczyk.

W swoim wystąpieniu wskazała, że pragnie nowoczesnego, odpowiedzialnego samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych, spójnego, silnego siłą swoich członków, zaangażowanego w realizację zadań i gotowego podejmować wyzwania na miarę nowoczesnego pielęgniarstwa i położnictwa.

Powiedziała m.in. „Pragnę by samorząd pielęgniarek i położnych był podmiotem, a nie przedmiotem w procesie podejmowania decyzji związanych z funkcjonowaniem służby zdrowia. Jesteśmy profesjonalistami i chcę pokazać decydentom i politykom, że warto korzystać z naszej wiedzy organizując opiekę zdrowotną w Polsce”.

Ustępująca Prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych IV i V kadencji Elżbieta Buczkowska życzyła

nowo wybranej Prezes Grażynie Rogali-Pawelczyk siły i determinacji a „nowo wybranym organom i ich przewodniczącym życzę rozwagi i mądrości na miarę nowoczesnej i odpowiedzialnej organizacji, zdolnej do wykorzystania szans jakie daje nam prawo, siła integracji i niewyczerpany entuzjizm”.

W skład Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych wchodzi 76 osób:

- Prezes Naczelnej Rady Grażyna Rogala-Pawelczyk
- 30 członków Naczelnej Rady wybranych przez VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych: Danuta Adamczyk-Wiśniewska, Urszula Dźwigała, Elżbieta Garwacka-Czachor, Mariola Głowacka, Hanna Gutowska, Jan Kachaniuk, Iwona Kacprzak, Tomasz Kaczmarek, Maria Kaleta, Bogusława Kornowicz, Małgorzata Kowańska, Tomasz Krzysztyniak, Teresa Kuziara, **Bożena Łuszczynska (Łódź)**, Ewa Obuchowska, Maria Olszak-Winiarska, Jarosław Panek, Andrzej Pilch, Grażyna Stachowicz, Bartosz Szczudłowski, Ewa Ślęzak, Aleksandra Śnieg, Bernadeta Tetlak, Tadeusz Wadas, Joanna Walewander, Jacek Wojciechowski, Elżbieta Zaczek, Ewa Zawilińska, Wiesław Zielonka, Beata Żółkiewska.

- 40 przewodniczących okręgowych rad pielęgniarek i położnych wybranych na okręgowych zjazdach: Elżbieta

Celmer vel Domańska (Biała Podlaska), Cecylia Dolińska (Białystok), Małgorzata Szwed (Bielsko Biała), Ewa Kowalska (Bydgoszcz), Wiesława Szaniawska (Chełm), Bożena Michniak (Ciechanów), Halina Synakiewicz (Częstochowa), Halina Nowik (Elbląg), Anna Wonaszek (Gdańsk), Aldona Stańko (Gorzów Wielkopolski), Elżbieta Słojewska (Jelenia Góra), Danuta Szczerba (Kalisz), Mariola Bartusek (Katowice), Zofia Małas (Kielce), Emilia Kin (Konin), Justyna Laska (Koszalin), Stanisław Łukasik (Kraków), Barbara Błażejowska-Kopiczak (Krosno), Teodor Mura-wa (Leszno), Andrzej Tytuła (Lublin), Urszula Szostak (Łomża), **Agnieszka Kałużna (Łódź)**, Halina Zarotyńska (Nowy Sącz), Maria Danielewicz (Olsztyn), Sabina Wiatkowska (Opole), Iwona Maria Kluczek (Ostrołęka), Marcin Michlewicz (Piła), Elżbieta Pleczyńska (Płock), Teresa Kruczkowska (Poznań), Elżbieta Lewandowska (Przeworsk), Mariola Łodzińska (Radom), Izabela Kowalska (Rzeszów), Hanna Sposób (Siedlce), Anna Augustyniak (Sieradz), Sebastian Irzykowski (Słupsk), Anna Gryniewicz (Suwałki), Maria Matusiak (Szczecin), Ewa Wrona (Tarnów), Bogumia Bałuta (Toruń), Maria Pałeczka (Wałbrzych), Ewa Przesławska (Warszawa), Małgorzata Zawiorska (Włocławek), Urszula Olechowska (Wrocław), Danuta Kusiak (Zamość) i Weronika Rozenberger (Zielona Góra).

NACZELNY RZECZNIK ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ

Irena Choma – NRzOZ

14 ZASTĘPCÓW NACZELNEGO RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ wybranych przez VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych: Dorota Flor, Alicja Gos, Violetta Horoszczak, Marzenna Huptas, Ewa Janiuk, Agata Kaczmarczyk, **Iwona Kasprzycka (Łódź)**, Bożena Kosińska, Maria Laska, Halina Luzeńczyk, Marek Przybył, Monika Rubaszewska, Irena Stopińska i Dorota Tekiel

NACZELNY SĄD PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

Halina Boniecka – Przewodnicząca NSPiP

17 członków wybranych przez VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych: Wojciech Brzóska, Anetta Dec-Pindłowska, Teresa Fichtner-Jeruzel, Dorota Figiel, Beata Góralska, Ewa Grzegórska, Jadwiga Kałasz, Anna Karlson, Jolanta Łysak, Marzanna Machtyl, Ewa Madej, Elżbieta Mazur, Elżbieta Mierzejewska, Dorota Milecka, Danuta Rudzka-Cesarz, Aldona Sikora i **Ewa Skiba (Łódź)**.

NACZELNA KOMISJA REWIZYJNA

Maria Grabowska – Przewodnicząca NKR

10 członków Naczelnej Komisji Rewizyjnej wybranych przez VI Krajowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych: Grażyna Chomicz, Stanisława Domaradzka-Kochanek, Wiesława Domin, Kamilla Gólcz, Krystyna Grabowska, Monika

Kowalska, Mariola Król, Regina Maliszewska, Henryk Wójs i Anna Zielińska.

Wszystkim gratulujemy wyborów i życzymy merytorycznej pracy w ramach kompetencji każdego organu na rzecz rozwoju samorządności i rozwoju zawodu pielęgniarek i położnych.

Podczas zjazdu przyjęto sprawozdania kadencyjne: NRPiP, NKR, NRzOZ i NSPiP oraz udzielono absolutorium za okres V kadencji. Przyjęto m.in. uchwały w sprawie:

- regulaminu wyborów do organów izb oraz trybu odwołania ich członków,
- regulaminów Krajowego Zjazdu i organów NIPiP (NRPiP, NKR, NRzOZ, OSPiP) oraz ramowe regulaminy okręgowych zjazdów i organów okręgowych izb pielęgniarek i położnych (ORPiP, OKR, ORzOZ, OSPiP),
- programu samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych na okres VI kadencji, tj. lata 2011-2015,
- zasad gospodarki finansowej w Naczelnej Izbie Pielęgniarek i Położnych,
- ustalenia wykazu stanowisk w organach izb pielęgniarek i położnych, których pełnienie może być wynagradzane,
- procedury przeprowadzenia wizytacji pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w ramach praktyki zawodowej wpisanej do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- wysokości składki członkowskiej – wchodzi w życie od 1 stycznia 2012 roku (tekst uchwały zamieszczamy na stronie 5).

Zjazd zajął m.in. stanowisko w sprawie:

- realizacji szkolenia praktycznego w trakcie odbywania specjalizacji w placówkach posiadających akredytację ministra zdrowia bądź certyfikat ISO w zakresie usług medycznych,
 - wprowadzenia zmian zasad zawierania i realizacji umów w zakresie realizacji świadczeń pielęgniarki opieki długoterminowej domowej,
 - wprowadzenia regulacji prawnych, które przeciwdziałają będą ustalaniu jednoosobowych obsad pielęgniarek i położnych na dyżurach w podmiotach leczniczych,
 - konieczności wprowadzania społecznego ubezpieczenia pielęgnacyjnego w celu zabezpieczenia potrzeb pielęgnacyjno-opiekuńczych osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji,
 - zagrożeń wynikających z ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, w zakresie wyłączenia obowiązku przeprowadzania konkursów na pielęgniarskie stanowiska kierownicze w podmiotach leczniczych będących przedsiębiorcami (spółki prawa handlowego).
- Wszystkie uchwały i stanowiska przyjęte podczas VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych zamieszczone są na stronie internetowej Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych – www.izbapiel.org.pl/uchwały i stanowiska.

Uchwała Nr 19
VI Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych
z dnia 7 grudnia 2011 roku

w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału

Na podstawie art. 31 pkt 11 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 41, poz. 178; zm. z 1996 r. Nr 24, poz. 110 i Nr 91, poz. 410, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, z 2000r. Nr 120, poz. 1268, z 2002 r. Nr 62, poz. 559, Nr 153, poz. 1271 i Nr 249, poz. 2052, z 2004 r. Nr 92, poz. 885, z 2007 r. Nr 176, poz. 1237 i Nr 200, poz. 1326 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 171, poz. 1016 i Nr 174, poz. 1038) uchwała się, co następuje:

§1. 1. Składki członkowskie opłacają członkowie samorządu pielęgniarek i położnych, z zastrzeżeniem §4.
2. Składka członkowska uiszczana jest na rzecz okręgowej izby pielęgniarek i położnych, której członkiem jest dana pielęgniarka lub położna.

§2. 1. Określa się miesięczną składkę członkowską w wysokości:

- 1% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego w przypadku zatrudnienia na stanowisku pielęgniarki lub położnej na podstawie umowy o pracę albo na podstawie stosunku służbowego,
- 0,5% miesięcznej emerytury, renty lub świadczenia przedemerytalnego,
- 1% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia dla przedsiębiorstw bez wypłat z zysku, ogłaszanego przez Prezesa GUS za ostatni kwartał poprzedniego roku kalendarzowego w odniesieniu do osób wykonujących zawód pielęgniarki, położnej w ramach działalności gospodarczej – indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej, a także innych członków samorządu zobowiązanych do opłacania składek nie wymienionych w pkt 1-2, w tym również pielęgniarek i położnych wykonujących zawód wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które nie złożyły wniosku o wykreślenie z rejestru pielęgniarek i położnych.

2. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie ze źródeł, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, składka członkowska powinna być naliczona z jednego źródła, tego z którego wysokość składki jest wyższa.

3. W przypadku uzyskiwania dochodów jednocześnie z działalności gospodarczej – prowadzenia indywidualnej bądź grupowej praktyki zawodowej oraz z innego źródła, o którym mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, składka członkowska powinna być naliczana na podstawie ust. 1 pkt 3, chyba że składka członkowska obliczona z innego źródła byłaby wyższa.

4. W sytuacji, gdy dana osoba jest zatrudniona na podstawie umowy o pracę u więcej niż jednego pracodawcy, wysokość składki członkowskiej obliczana jest od najwyższego miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego.

§3. Składki członkowskie są płatne miesięcznie. Składki członkowskie przekazuje się na rachunek właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych do 15. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

§4. Z opłacania składek członkowskich zwolnione są pielęgniarki, położne:

- bezrobotne, które są zarejestrowane w urzędzie pracy,
- przebywające na urlopie wychowawczym lub pobierające zasiłek rehabilitacyjny,
- które zaprzestały wykonywania zawodu i złożyły wniosek odnośnie zaprzestania wykonywania zawodu.

§5. 1. Okręgowe izby pielęgniarek i położnych przekazują na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych 5% sumy uzyskanych w danym miesiącu składek członkowskich do końca następnego miesiąca.

2. Załącznikiem do przelewu powinna być nota księgowa stwierdzająca kwotę odpisu na rzecz Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych.

§6. W przypadku braku wpłaty należnych składek za dwa pełne okresy, mogą być one dochodzone w drodze egzekucji.

§7. Traci moc Uchwała Nr 13 IV Krajowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych z dnia 10 grudnia 2003 roku w sprawie wysokości składki członkowskiej oraz zasad jej podziału.

§8. Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 roku

Przewodnicząca Zjazdu
Halina Synakiewicz



Czy pielęgniarka, która ma zawartą umowę z NFZ na świadczenia pielęgniarki POZ, może podpisać umowę o podwykonawstwo z pogotowiem ratunkowym na nocną i świąteczną opiekę zdrowotną?

Warszawa, 26 kwietnia 2011 roku

Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) w art. 132 ust. 3 stanowi, że nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem. Natomiast art. 55 ust. 3 ww. ustawy zawiera ustawowy obowiązek zawarcia przez wojewódzki oddział Funduszu odrębnej umowy na świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. §2 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (OWU) stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484) obejmuje zamknięty katalog rodzajów umów zawieranych przez NFZ, w tym umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ). Pomimo, iż rozporządzenie nie wprowadza odrębnej kategorii umowy w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, stwierdzić należy, iż jest to odrębna umowa, usankcjonowana przepisami prawa o randze ustawowej. Niejako kontynuację odrębności ww. umów stanowią przepisy §6 ust. 1 i ust. 4 OWU, w myśl których świadczenia udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy. Natomiast osoby, o których mowa w ust. 1, w czasie wyznaczonym do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą udzielać świadczeń: w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy; 2) u innego świadczeniodawcy. Pielęgniarka zawierająca umowę z oddziałem wojewódzkim Funduszu w zakresie POZ zobowiązuje się zapewnić dostępność do świadczeń w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy. Powyższy wymóg wynika z pkt 2 ppkt 1 Części I załącznika nr 2 „Wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej oraz warunki ich realizacji” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm.). Powyższe regulacje powołane zostały w § 17 zarządzenia Nr 74/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, zmienionego zarządzeniem Nr 87/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 grudnia 2010 r. Świadczeniodawca zawierający umowę z oddziałem wojewódzkim Funduszu w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej zobowiązany jest natomiast realizować świadczenia w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 danego dnia do 8:00 dnia następnego. Taki sam wymóg zawarty jest w §2 ust. 1 pkt 2 Zarządzenia Nr 85/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zestawienie zakresów obu rodzajów umów wskazuje na intencje ustawodawcy, którego celem było zapewnienie ubezpieczonym całodobowej opieki zdrowotnej. Obie umowy uzupełniają się nawzajem. Zawarty w art. 132 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zakaz zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem odnosi się, w moim przekonaniu, do takiego samego rodzaju i zakresu umowy, a nie do wszelkich umów zawieranych pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami i ich podwykonawcami. Uprawnionym zatem jest stanowisko, że pielęgniarka, która ma zawartą umowę z NFZ na świadczenia pielęgniarki POZ, może podpisać umowę o podwykonawstwo z pogotowiem ratunkowym na nocną i świąteczną opiekę zdrowotną, ponieważ nie zachodzi w takim przypadku żadna kolizja, jako że są to dwa, ustawowo rozłączne zakresy świadczeń, uregulowane różnymi przepisami prawa i różnymi rodzajami umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.



Obecność pielęgniarki podczas transportu pacjenta

Warszawa, 18 kwietnia 2011 roku

Pielęgniarka zatrudniona w oddziale szpitalnym w ramach umowy o pracę obowiązana jest wykonywać polecenia przełożonych. Jeżeli zostanie wystawione zlecenie lekarskie na transport pacjenta z danego oddziału do innego szpitala, w asyście personelu pielęgniarskiego, wówczas pielęgniarka ma obowiązek wykonać takie zlecenie. Odnośnie ewentualnej odpowiedzialności cywilnej, w takim przypadku ponosi ją świadczeniodawca (pracodawca), względnie właściciel środka transportu w zależności od zdarzenia, które może ewentualnie nastąpić. W powyższym przypadku pielęgniarka wykonująca zawód w ramach umowy o pracę nie ponosi odpowiedzialności cywilnoprawnej, chyba, że szkoda nastąpi na skutek niewykonania lub nienależytego wykonywania obowiązków służbowych przez pielęgniarkę. Wówczas, zgodnie z treścią art. 119 kodeksu pracy odszkodowanie ustala się w wysokości wyrządzonej szkody, jednak nie może ono przewyższać kwoty trzymiesięcznego wynagrodzenia przysługującego pracownikowi w dniu wyrządzenia szkody. W trakcie przewozu pacjenta do innej placówki, pracodawca ma obowiązek zapewnienia opieki nad chorymi, którzy pozostają pod opieką szpitala w danym oddziale. Przedstawione powyżej zasady obowiązują w przypadku wykonywania zawodu przez pielęgniarkę w ramach umowy o pracę. Natomiast w sytuacji, gdy zawód pielęgniarki wykonywany jest w oparciu o umowę cywilnoprawną (kontrakt), wówczas, pielęgniarka jako świadczeniodawca zobowiązana jest posiadać ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej. Wszelkie prawa i obowiązki strony powinny ustalić szczegółowo w umowie, w tym zakres i miejsce udzielania świadczeń, zapewnienie ciągłości udzielania świadczeń, ewentualną obecność przy pacjencie w przypadku konieczności transportu do innego szpitala, zakres odpowiedzialności cywilnej w przypadku wystąpienia zdarzeń. Istotnym jest, że w przypadku wystąpienia szkody w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę w ramach umowy cywilnoprawnej (kontraktu), ponosi ona odpowiedzialność odszkodowawczą do wysokości szkody, bez względu na jej wysokość.

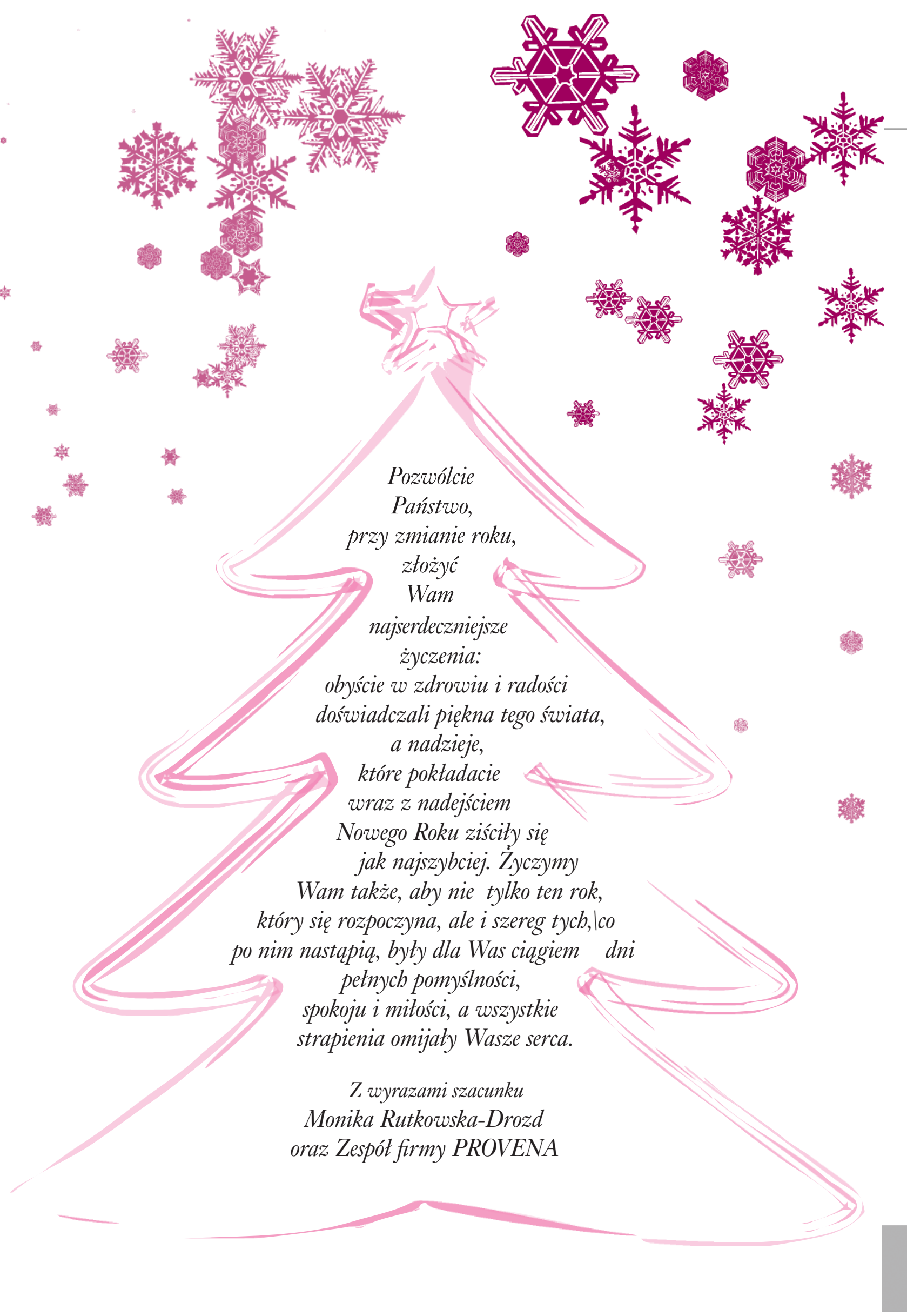


Czy pielęgniarka oddziałowa, przełożona pielęgniarek może pełnić swoją funkcję w formie indywidualnej praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego?

Warszawa, 1 sierpnia 2011 roku

Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) w Dziale II rozdziale 3 zawiera szczególne regulacje dotyczące podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami. W myśl przepisu art. 2 pkt 4 w związku z art. 4 ust. 1 pkt 2 ustawy o działalności leczniczej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Zatem do samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej stosuje się wprost postanowienia art. 49 ustawy o działalności leczniczej. Stosownie do treści art. 49 ust. 5 z kandydatem wybranym w drodze konkursu lub w trybie wskazanym w art. 49 ust. 4 kierownik nawiązuje stosunek pracy na podstawie umowy o pracę. Powyższa regulacja nie dopuszcza więc innego stosunku prawnego, niż stosunek pracy na podstawie umowy o pracę. Niedopuszczalnym jest zawarcie umowy z pielęgniarką prowadzącą indywidualną praktykę wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na wykonywanie zadań pielęgniarki naczelnej, oddziałowej lub przełożonej pielęgniarek.

Iwona Choromańska – radca prawny NRPiP



*Pozwólcie
Państwo,
przy zmianie roku,
złożyć
Wam
najserdeczniejsze
życzenia:
obyście w zdrowiu i radości
doświadczali piękna tego świata,
a nadzieje,
które pokładacie
wraz z nadejściem
Nowego Roku ziściły się
jak najszybciej. Życzymy
Wam także, aby nie tylko ten rok,
który się rozpoczyna, ale i szereg tych, co
po nim nastąpią, były dla Was ciągiem dni
pełnych pomysłności,
spokoju i miłości, a wszystkie
strapienia omijały Wasze serca.*

*Z wyrazami szacunku
Monika Rutkowska-Drozd
oraz Zespół firmy PROVENA*



ZASTRZYK KOMPETENCJI INTERPERSONALNYCH ULTRA FORTE

ZAPRASZAMY

Panie Pielęgniarki i Położne oraz
Panów Pielęgniarzy i Położnych
NA BEZPŁATNE SZKOLENIA Z:

- **Asertywności**
- **Komunikacji w zespole
i przekazywania trudnych informacji**
- **Komunikacji z pacjentem i jego rodziną**
- **Radzenia sobie ze stresem**

Zajęcia poprowadzą doświadczeni, certyfikowani trenerzy posiadający dużą wiedzę psychologiczną i współpracujący od lat ze środowiskiem medycznym.

UCZESTNICY OTRZYMAJĄ BEZPŁATNIE:

- **materiały dydaktyczne**
- **płyte z multimedialnym kursem**
- **książki związane z tematem warsztatów**
- **certyfikat uczestnictwa**
- **poczęstunek**

PUNKT REKRUTACYJNY

**ŁÓDŹ, ul. Józefa 7/35,
tel. (42) 239 41 16, kom. 512 228 406**

**BIURO PROJEKTU: TEB Edukacja - Piotrków Trybunalski,
ul. Armii Krajowej 24a, tel. (44) 647 09 72**



Komunikat nr 1

VII Ogólnopolski Konkurs „Pielęgniarka Roku 2011”

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego Koło Liderów Pielęgniarstwa przy Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim PTP zapraszają pielęgniarki do udziału w VII Ogólnopolskim Konkursie „Pielęgniarka Roku 2011”

Cel konkursu: wyłonienie i nagrodzenie pielęgniarek liderów o wysokim przygotowaniu zawodowym, etycznym i zaangażowaniu na rzecz środowiska pielęgniarskiego

Harmonogram konkursu:

I etap: wyłonienie uczestników konkursu w poszczególnych ZOZ-ach do dnia 30.01.2012 roku

II etap: eliminacje w oddziałach wojewódzkich PTP w dniu 02.03.2012 roku

III etap: prezentacja własna (szczegóły po II etapie w Komunikacie nr 2, który zostanie zamieszczony na stronie www.ptp.na1.pl)

Informacje: Jadwiga Zielińska, tel. (022) 326 55 21, 511 451 292, e-mail: jagoda_zielinska@wp.pl

Regulamin konkursu

1. Uczestnictwo w Konkursie jest dobrowolne. Mogą w nim wziąć udział pielęgniarki zatrudnione w publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej.
2. Do Konkursu mogą przystępować osoby biorące udział w poprzedniej edycji Konkursu oraz jego laureaci.
3. Konkurs przeznaczony jest dla pielęgniarek sprawujących bezpośrednią opiekę nad pacjentem z wyłączeniem kadry kierowniczej – dyrektorów ds. pielęgniarstwa, pielęgniarek naczelnych, przełożonych, oddziałowych oraz koordynujących.
4. Uczestnicy Konkursu zgłaszani są na podstawie obowiązujących w zakładach opieki zdrowotnej kryteriów np. oceny okresowej, zaangażowania w pracę zawodową, wysokiego poziomu wiedzy zawodowej, wzorowej postawy etycznej itp.
5. Kartę Zgłoszenia Uczestnika, potwierdzoną pieczęcią imienną bezpośredniego przełożonego oraz pielęgniarki kierującej kadrą pielęgniarską w zakładzie opieki zdrowotnej, należy przesłać do Oddziału Wojewódzkiego PTP (adres na stronie: <http://www.ptp.na1.pl/> - PTP - struktura) w terminie do dnia 30.01.2012 r. Uczestnicy Konkursu z Województwa Mazowieckiego proszeni są o przysyłanie zgłoszenia na adres Biura Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego: Al. Reymonta 8/12, 01-842 Warszawa lub biuroptp@gmail.com; fax 22 398 18 51.
6. Oddziały Wojewódzkie PTP w terminie do 14.02.2012 r. przysyłają do Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego imienną listę uczestników Konkursu.
7. Oddziały Wojewódzkie PTP są odpowiedzialne za zapewnienie odpowiednich warunków do przeprowadzenia eliminacji, a także do wyłonienia dwóch członków do komisji konkursowej II etapu.
8. Eliminacje w Oddziałach Wojewódzkich będą polegały na testowym sprawdzianie z zakresu ogólnej wiedzy zawodowej, zasad etyki zawodowej pielęgniarki i położnej Rzeczypospolitej Polskiej, historii zawodu i działalności Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego.
9. Egzamin testowy odbędzie się pod przewodnictwem przedstawiciela Głównej Komisji Konkursowej, który w dniu egzaminu dostarczy do Oddziału Wojewódzkiego karty egzaminacyjne wraz z kluczem do ich sprawdzenia.
10. Z przebiegu II Etapu Konkursu zostanie sporządzony protokół.
11. Wyniki II Etapu Konkursu zostaną ogłoszone najpóźniej w dniu eliminacji.
12. Nie przewiduje się podawania do wiadomości publicznej punktacji uzyskanej podczas II Etapu Konkursu.
13. Do III etapu Konkursu przechodzi osoba z największą liczbą uzyskanych punktów. W przypadku uzyskania największej liczby punktów przez więcej niż jedną osobę do finału Konkursu przechodzą wszystkie osoby, które uzyskały taką liczbę punktów. Termin i miejsce III etapu zostanie podane w Komunikacie Nr 2.
14. Koszty przejazdu i pobytu uczestnika III etapu pokrywają Oddziały Wojewódzkie PTP, sponsorzy lub zakłady pracy.
15. „Pielęgniarka Roku 2011” zostanie uhonorowana pucharem przechodnim, który zostanie przekazany do macierzystego ZOZ laureata tytułu, a w następnym roku Konkursu zostanie przekazany kolejnemu laureatowi Konkursu.
16. Informacje dotyczące Konkursu będą zamieszczane na stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego www.ptp.na1.pl.

Karta zgłoszeniowa dostępna na stronie www.ptp.na1.pl

Kariera czy rodzina?

Rozwijanie kariery zawodowej wpływa na życie rodzinne. Wysokie wymagania stawiane pracownikom zmuszają do coraz wydajniejszej pracy, podnoszenia kwalifikacji i zwiększenia dyspozycyjności. Osiągnięcie satysfakcji zawodowej nie oznacza jednak rezygnacji z rodzicielstwa. Dzięki pomocy instytucjonalnej i partnerstwu można osiągnąć sukces w pracy i szczęście w domu. Społeczne oczekiwania wobec kobiet związane są z przekonaniami na temat roli kobiety składającej się w dużym stopniu na stereotypową wizję jej miejsca w rodzinie i społeczeństwie. Młode kobiety poddane są nakazom zrealizowania tradycyjnego scenariusza, jakim jest zakochanie się, wyjście za mąż i urodzenie dzieci. „Miłość, poślubienie ukochanego mężczyzny i rola matki, czyli stereotyp trzech M (miłość – małżeństwo – macierzyństwo) mają być jawnym czy ukrytym marzeniem każdej dziewczyny. Współczesny ideał kobiety zakłada, iż jest ona aktywna zawodowo i jednocześnie nie zaniedbuje życia rodzinnego. „W tym kontekście nieodparcie nasuwa się opisany przez Marjorie Hansen-Shaevitz syndrom superkobiety (*superwoman syndrome*). Używając języka reklamy, można by powiedzieć, że superwoman to rewelacyjny produkt 3 w 1: wspaiała matka, cudowna żona i świetna pracownica”.

W warunkach współczesnej gospodarki mamy do czynienia, w przypadku kobiety, z rosnącymi trudnościami godzenia życia zawodowego z życiem

rodzinnym, co związane jest z wysokimi kosztami w stosunku do rodziny oraz obniżoną efektywnością w pracy. Z drugiej strony, wyłączenie kobiet z życia zawodowego powoduje dezaktualizację ich kwalifikacji, a to dyskryminuje je na rynku pracy. „Wprawdzie i kobiety i mężczyźni najczęściej podzielają pogląd, że kobiet powinno być więcej we wszystkich gremiach sprawujących władzę, ale występują duże różnice – niekiedy bliskie 20 proc. – w poglądach kobiet i mężczyzn na udział kobiet w gremiach decyzyjnych”. Szansą na zmianę tej sytuacji jest, między innymi, stosowanie elastycznych form zatrudnienia organizacji czasu pracy, które umożliwiają połączenie pracy z wykonywaniem innych obowiązków. Kolejne fazy życia rodzinnego przeplatają się z rozwojem kariery zawodowej. Nierówności na rynku pracy oraz wynikające z nich konflikty, które mają miejsce na styku płaszczyzny domowej oraz płaszczyzny zawodowej, z różną mocą ujawniają się w poszczególnych fazach życia rodziny, wyznaczonych przez fakt posiadania dzieci i ich wiek.

Specjaliści są zgodni co do tego, że sytuacja rodzinna w sposób bezpośredni wpływa na karierę zawodową kobiet i dopiero głębsza analiza pokazuje, że jest sprzężona także z kierunkiem rozwoju życia zawodowego mężczyzn. U podstaw tego zjawiska leży prawdopodobnie stereotypowe postrzeganie płci przez pracodawców, ale i przez samych pracowników, a także przyjmowany model rodzinny: im bardziej

tradycyjny jest w rodzinie podział ról, tym bardziej życie rodzinne będzie negatywnie odbijało się na karierze zawodowej kobiety. Bezpośrednia korelacja między sytuacją rodzinną i rozwojem kariery zawodowej jest wyraźniejsza w przypadku kobiet. Podwójne obciążenie kobiet obowiązkami rodzinnymi i zawodowymi sprawia, że rodzina traktuje pracę mężczyzny priorytetowo, jednocześnie odciążając go w obowiązkach domowych, co umacnia stereotypowy wizerunek mężczyzny jako bardziej dyspozycyjnego, aktywnego i wytrzymałego. Funkcjonowanie zawodowe i rodzinne jest więc ze sobą ściśle sprzężone niezależnie od płci pracownika i przyjętego modelu rodziny.

Rodzina w pełnieniu podstawowych funkcji, jak: gospodarcza, prokreacyjna, opiekuńcza i socjalizacyjna jest ściśle związana z życiem gospodarczym, politycznym i administracyjnym, a więc z dziedzinami życia, które są najbardziej otwarte na zmiany i w stosunkowo krótkich odstępach czasu stawiają ją w nowych sytuacjach. Gospodarstwo domowe, będące ściśle powiązane z rodziną i służące stwarzaniu warunków do realizacji poszczególnych funkcji rodziny, zmienia się wraz z nimi. Funkcje rodziny zmieniają się także w zależności od faz życia jednostek i społeczeństwa. Jedne z nich słabną, inne nabierają większego znaczenia, jedne są w większym stopniu pełnione przez rodzinę, inne wypełniane są przez różne instytucje. Rodzina w wyniku zaistnia-

łych zmian - z powodu zatrudnienia kobiet poza domem, nie może albo nie musi spełniać niektórych swych funkcji w takim samym wymiarze jak dawniej, więc je ogranicza. Znaczenie matki i jej uczuć uwydatniły przeprowadzone porównania rozwoju dzieci otoczonych uczuciem miłości w rodzinie z dziećmi z domu małego dziecka, pielęgowanych zgodnie z zasadami higieny i psychologii. Pierwsze rozwijały się szybciej i wszechstronniej, podczas gdy drugie „nie nawykłe do pieczy, reagowały niekiedy jakby zdziwieniem lub zaniepokojeniem na próby nawiązania z nimi serdecznego bliskiego kontaktu”. Brak matki i jej uczuć niesie za sobą niepowetowane skutki. Już sama rozłąka może wywołać zastój w rozwoju i głębokie zaburzenia w procesie kształtowania się osobowości dziecka.

Rosnący udział kobiet (w tym mężatek i matek) w życiu zawodowym powiązany jest nie tylko z argumentami natury finansowej. Dla wielu kobiet praca zawodowa stwarza możliwość realizacji własnych ambicji i pełniejszego uczestnictwa w życiu społecznym. Rola matki trwa przez całe życie człowieka, rzutuje na jego współżycie z innymi ludźmi. Trudno jest pogodzić karierę zawodową z życiem prywatnym. Wie o tym każdy, kto stanął przed tego typu wyborem. Nie da się po równo i sprawiedliwie podzielić czasu między pracę a rodziną i znajomymi. Któraś z tych „stron” zawsze będzie cierpieć, czuć brak i niedosyt. Wśród ludzi pracujących możemy wyodrębnić dwie kategorie. Takich, którzy bez reszty oddają się pracy, nastawieni są tylko na zysk, potrafią zerwać z dotychczasowym światem, z rodziną, przyjaciółmi aby poświęcić życie pracodawcy i własnej karierze. Druga grupa ludzi to osoby pracujące głównie w rodzimych przedsiębiorstwach i instytucjach. Nie poświęcają pracy tyle uwagi co ci pierwsi, zarabiają mniej, jednak tym samym dysponują czasem, który potrzebny jest, aby bliskie im osoby nie odczuły nieobecności i braku ich

w codziennym życiu. W dzisiejszym nowoczesnym, rozwijającym się świecie, rządzone przez pieniądź, młodzi ludzie, którzy dopiero rozpoczynają karierę zawodową nie myślą o tak błahych wówczas rzeczach jak założenie rodziny. Bardzo często rzucają się w wir pracy, obowiązków, rozpoczynają morderczą wspinaczkę na wyżyny własnej kariery. Życie jest dla nich kolejnym wyzwaniem stawianym przez nowy dzień, ciągłą pracą po 16 godzin dziennie, wyjazdami służbowymi, które nijak nie kojarzą się w wypoczynkiem, coraz to nowymi osobami spotykanymi w drodze po sukces. Zarobki przy tego typu pracy są głównym motorem napędzającym całą machinę, pozwalają nie tylko na zaspokojenie podstawowych potrzeb człowieka, ale również na spełnienie marzeń i realizację planów. Tym samym osoby, które wybrały karierę jako swój główny cel w życiu, zapominają o bliskich. Odsuwają na drugi plan wszelkie znajomości, ponieważ zwyczajnie nie mają na nie czasu. Decydując się na tego typu życie często myślą: „popracuję ciężko 3–4 lata, zarobię trochę grosza, później przystopuję i zajmę się sprawami osobistymi, odwiedzę przyjaciół. Będzie tak jak dawniej.” Jednak życie okazuje się nie takie proste i kolorowe, często osoby te nie mają już do kogo wracać.

Kariera czy rodzina? Nie ma tu jednego słusznego wyboru, który pogodziłby te dwa elementy ludzkiego istnienia. Szczęśliwcami można tu nazwać ludzi, którzy zanim zaczęli intensywny rozwój zawodowy założyli rodzinę, poświęcali jej odpowiednio dużo czasu i energii. Dla tych, którzy nadal stoją przed takim wyborem jest tylko jedna dobra rada, aby choć w niewielkim stopniu pogodzić te dwa aspekty: należy zmienić sposób patrzenia na życie i różne jego wartości. Zamiast przekonania „więcej osiągnę gdy będę więcej pracował” stosować zasadę „więcej osiągnę gdy będę bardziej szanował siebie i innych”. Perfekcjonizm, upór w działaniu i konsekwencję można wykorzystać umiejętnie

tak, aby nie obracała się ona przeciw nam. Dzięki rozwiązaniom prawnym i instytucjonalnemu wsparciu godzenie ról zawodowych i rodzinnych jest łatwiejsze. Praca zawodowa sprzyja również demontażowi tradycyjnego modelu życia rodzinnego. Nie ulega jednak wątpliwości, że „nawet wtedy, kiedy kobieta i mężczyzna w rodzinie są zatrudnieni poza domem, największy ciężar pracy niezarobkowej spada na barki kobiet. Na przykład w większości państw Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) kobiety są średnio o 7–28 proc. bardziej obciążone pracą niż mężczyźni. Prawdopodobnie stanowi to rezultat rodzinnego środowiska władzy, w którym czasu nie traktuje się jako kluczowego zasobu. Tak jak w przypadku innych zasobów, członkowie egalitarnego i demokratycznego gospodarstwa domowego powinni wspólnie decydować o tym, kto, gdzie i w jaki sposób będzie spędzać czas, tak aby było to jak najkorzystniejsze dla wszystkich zainteresowanych.

Byt większości rodzin w Polsce, i nie tylko w Polsce, jest uzależniony w poważnym stopniu od zarobków żony – matki. Interesujące jest, że motyw zarobkowy ma wyraźny wydźwięk rodzinny u znacznej większości kobiet. Na ogół podejmują one pracę po to, żeby lepiej zaspokoić potrzeby rodziny, stworzyć lepsze warunki życia dla swoich dzieci: zapewnić im wykształcenie, pomóc w usamodzielnieniu itd. Motyw zarobkowy występuje z reguły w pracy zawodowej, gdyż każda praca zawodowa wykonywana jest dla zarobku, umożliwiającego wyższy standard życiowy. Lecz w podejmowaniu pracy przez mężatki i matki ważną rolę odgrywają również motywy pozaekonomiczne. Wraz ze wzrostem wykształcenia i kwalifikacji zawodowych coraz więcej kobiet zamężnych pracuje dlatego, że praca zawodowa stanowi niezbędny element w ich życiu, jest wewnętrzną potrzebą, jednym z podstawowych warunków satysfakcji i zadowolenia życiowego, nie tylko środkiem do osiągnięcia dóbr

materialnych. Kobiety cenią sobie kontakt z ludźmi, poszerzenie horyzontów wiedzy i myślenia, co m.in. sprawia, że stają się interesującymi partnerami dla swoich dzieci, a także lepszymi organizatorami życia rodzinnego i gospodarstwa domowego. Mówi się często, że między obowiązkami rodzinnymi i zawodowymi kobiet istnieje nie dająca się pogodzić sprzeczność. Lecz miliony kobiet, z których połowa ma dzieci w wieku przedszkolnym, godzi jakoś rolę rodzinną i zawodową; twierdzenie o „sprzeczności nie do pogodzenia” nie jest więc prawdziwe. Inna sprawa, że w obecnej rzeczywistości znaczna większość pracujących mężatek boryka się z rozlicznymi trudnościami i obciążeniami. Bierze się to stąd, że sfera zatrudnienia i sfera rodzinna nie są jeszcze harmonijnie zgrane i dopasowane. Systemy organizacji pracy i godziny pracy są sztywne, nie uwzględniające potrzeb poszczególnych pracowników. Zaś niedorozwój usług i instytucji wychowawczo-oświatowych sprawia, że rodziny, a szczególnie kobiety w rodzinie, obciążone są różnymi zbędnymi czynnościami i obowiązkami. Sprzyja temu utrzymujący się tradycyjny układ stosunków wewnątrzrodziny i podział zajęć domowych. Dla znacznej większości kobiet ogromną wartością jest macierzyństwo i polityka naszego państwa wobec rodzin idzie w kierunku mającym ułatwić kobietom realizację tej wartości. Stopniowo realizuje się także i taki postulat, żeby posiadanie rodziny nie dyskryminowało kobiet w innych sferach życia społecznego, nie utrudniało realizacji innych celów życiowych, np. kształcenia się, spożytkowania zdobytego wykształcenia i awansu zawodowego.

Każdy zawód jakkolwiek zostanie przez nas wybrany, zawsze posiada cienie i blaski, które mogą się równoważyć lub nie współgrać ze sobą. Poniżej opiszę zawód, który wykonuję i to jakie ma znaczenie we współczesnym świecie, jak również to, czym kierowałam się w wyborze tego typu zajęcia.

Wybór zawodu pielęgniarki jest zawsze sprawą dużej wagi. Oznacza on bowiem nie tylko decyzję o sposobie zdobywania środków do życia, ale przede wszystkim decyzję o sposobie przeżywania dużej części własnego życia, a w związku z tym znajdowania – bądź nie – znaczących okazji do zadowolenia i satysfakcji, a także własnego rozwoju. Każdemu z nas jest to bardzo potrzebne. Wyboru zawodu należy więc dokonywać możliwie świadomie, rozważając zarówno to, co on ze sobą niesie, jak i własne predyspozycje i zainteresowania. Dokonując wyboru zawodu pielęgniarskiego trzeba uświadomić sobie także i to, że jest to wybór o wielkim znaczeniu dla innych ludzi. Jest to bowiem zawód podejmujący służbę dla zdrowia człowieka, zatem jednej z najbardziej znaczących dla niego wartości. Jest to zawód realizowany w najbliższym i ciągłym kontakcie z ludźmi. Jest to służba podejmująca wiele złożonych i trudnych problemów ludzkiego zdrowia i życia.

Dokonywanie świadomego wyboru służenia zdrowiu człowieka, powinno budzić refleksję, że jest to służba ogromnie odpowiedzialna. Służyć zdrowiu nie można bowiem inaczej, jak tylko jak najlepiej. Najbardziej wyraziście ujmuje to stwierdzenie: służyć trzeba tak, jak chcielibyśmy aby służono nam czy naszym najbliższym, wówczas gdy zajdzie tego potrzeba. Chcemy zaś wtedy zawsze, aby ten ktoś był fachowcem, tj. aby służbę swoją świadczył korzystając z najlepszych osiągnięć wiedzy, chcemy też aby był gotowy do niesienia pomocy zawsze wtedy, kiedy to jest potrzebne, żeby czynił to sprawnie i troskliwie. Chcemy mieć do niego pełne zaufanie i pewność, że pomoże jak najlepiej. Człowiek powinien zatem być tym, kto do tej służby się nadaje, znać swoje możliwości i decydować się na ich ciągłe rozwijanie. A także zdawać sobie sprawę ze swoich ograniczeń.

Każdy pracownik służby zdrowia podejmuje zadania w określonym zakresie specjalności. Fachowość

pielęgniarki jest bardzo specyficzna, a w swoim zakresie bardzo szeroka i złożona. Istotą tej fachowości stanowi bowiem „troszczenie się, dbanie i przejawianie tego we właściwy sposób”. Człowiekowi w sprawach zdrowia, zwłaszcza w sytuacjach dla niego trudnych, przejawy tego troszczenia się są niezbędne. Bardzo potrzebny jest mu wtedy ktoś bliski, przyjazny, życzliwy, ktoś, kto za niego gdy nie może sam, a także razem z nim podejmie walkę o zdrowie. W służbie zdrowia pielęgniarka jest więc tym fachowcem, który oprócz wiedzy i związanych z nią umiejętności daje pełne zaangażowanie swojej ludzkiej natury w koncentrowaniu się na pomaganiu człowiekowi. Sprawą dla pielęgniarki jest człowiek – jako niepodzielna całość, jego reakcje, zachowania i problemy związane ze zdrowiem. Fachowość pielęgniarki musi więc być silnie zintegrowana z jej osobowością. Pielęgniarka to bowiem ktoś bliski, ktoś, kto służy podporą, zastępuje, jest przyjacielem, jest tym kto słucha, wyjaśnia, informuje, uczy, zachęca do podejmowania wysiłków i znaczących decyzji, okazuje akceptację i szacunek, budzi i przywraca nadzieję. Całość swojego postępowania opiekuńczego pielęgniarka prowadzi świadomie i celowo. Musi więc być w tym wszystkim niezawodna. Musi znać dobrze człowieka, któremu pomaga, jego potrzeby i właściwie na nie odpowiadać. Musi umieć także angażować i jednoczyć wokół pomagania – innych ludzi: zarówno rodzinę i bliskich, jak i pracowników służby zdrowia.

Zawód pielęgniarki w jego współczesnym rozumieniu nie wprowadza na drogę łatwego życiowego sukcesu. Jest to jednak droga właściwa dla tych, którzy wkraczają na nią świadomi własnego wyboru, czekających ich zadań i odpowiedzialności. Jest to droga dla tych, którzy dysponują przede wszystkim wrażliwością na ludzkie sprawy i gotowością do pomagania. Współcześnie ogromne znaczenie ma także gotowość do wprowadzania

zmian na rzecz jakości pielęgnowania. Stawanie się pielęgniarką nie jest tylko sprawą nabywania określonych umiejętności i przyswajania form zachowania właściwych dla określonych sytuacji zawodowych. Jest to także sprawą poznawania przez nią wartości moralnych zawodu w taki sposób, którzy wywrze głęboki wpływ na jej intelekt, osobowość i styl życia. Każdy zawód, jakikolwiek by on nie był niesie ze sobą blaski i cienie, które wpływają na nasze życie rodzinne. W obecnych czasach, gdy nasze życie zarówno zawodowe jak i rodzinne jest w ciągłym pędzie za jak najlepszym, blaski i cienie wpływu zawodu zacierają się. Czasami niepotrzebnie to co w pracy przenosimy do domu, co odbija się na naszych najbliższych. Niekiedy stres, frustracja i niepowodzenia związane z pracą przelewamy na nasze rodziny, które cierpią z tego powodu. Nasi bliscy stają się ofiarami naszego zaangażowania w pracę. Jest to bardzo bolesne, ale niestety

bardzo prawdziwe. Jeśli nasz zawód jest prawdziwym powołaniem, jeżeli spełniamy się w swojej roli, jeśli bolące nogi i kręgosłup stają się dla nas satysfakcją i pewnego rodzaju motorem do rozwijania się i niesienia pomocy innym ludziom każdego dnia, to niestety zanika u nas dbałość o własne rodziny, dbałość o to, że nasi bliscy też chcieliby mieć w domu spokojną, ciepłą, życzliwą matkę czy żonę. Zacierają się wartości, więzy rodzinne co jest ważne a co ważniejsze. Musimy pamiętać o tym, że jednak rodzina jest najważniejsza. Więzy rodzinne są bardzo ważną i istotną rzeczą dla każdego człowieka. Dzięki bliskości rodzinnej człowiek czuje zarówno bezpieczeństwo, jak i szeroko rozumiane ciepło rodzinne. Są to niezbędne czynniki do osiągnięcia stateczności w życiu, która jest mu bardzo potrzebna. Każdy człowiek, bowiem pragnie powracać do domu, w którym czekają na niego najbliżsi, gdzie może zaznać spokój i szczęście. Taki ciepły rodzin-

ny dom doskonale wpływa na życie danej jednostki, która tym sposobem może skupić się na własnym życiu. Jeżeli bowiem rodzina daje człowiekowi poczucie pewnej stateczności, to dzięki temu poszczególne jednostka może więcej osiągnąć w życiu niż by osiągnęła, kiedy te więzy rodzinne byłyby słabsze, a dom byłby miejscem konfliktów i sporów.

Podsumowując, zarówno cienie i blaski są potrzebne dla naszego prawidłowego rozwoju zawodowego. Wszystkie nasze działania i podejmowane decyzje muszą mieć swoją granicę, muszą mieć ten złoty środek. Idealne współgranie w rodzinie, pomoc najbliższych, ich miłość i zrozumienie będą współmierne z pracą zawodową. Uważam, iż z każdej sytuacji jest wyjście, każdą sytuację można zgodnie połączyć, tak aby wszyscy zainteresowani byli szczęśliwi i zadowoleni.

Kpouison



Centrum Edukacji ERUDIO
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**

ZAPRASZAMY NA KURSY



KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK

Pielęgniarstwo anestezjologiczne 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 pediatriczne • 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 ubiegać się o dofinansowanie do kosztów uczestnictwa w kursach

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

www.erudio.com.pl

Życiowa równowaga

„Rola matki trwa przez całe życie człowieka, rzutuje na jego współżycie z innymi ludźmi...”

dla mojej Mamy
długoletniej
pielęgniarki psychiatrycznej

Dużą część naszego życia pochłania praca zawodowa. Często nie uświadamiamy sobie tego faktu. Zdarza się zwłaszcza w zawodzie pielęgniarki, że nie potrafimy oddzielić strefy zawodowej od prywatnej. Dlatego tak ważne jest poczucie zadowolenia z pracy. Zadowolenie z pracy to ogólna pozytywna ocena pracy, która nie wyklucza negatywnych niektórych jej składników.

W przypadku pielęgniarek wydaje się oczywistym związek pomiędzy ich satysfakcją z życia i pracy zawodowej, a jakością świadczonej opieki oraz zadowolenia pacjenta.

Jak wykazują badania lęk, depresja i agresja jako psychopatologiczna reprezentacja stanów uczuciowych o zabarwieniu negatywnym, są emocjami często tłumionymi przez osoby o wysokim stopniu uspołecznienia.

Powstaje zatem problem kumulowania się tych emocji i ich wpływ na szeroko pojęte funkcjonowanie społeczne. Gniew, będący podłożem zachowań agresywnych, zazwyczaj bywa wypierany ze świadomości i tłumiony, co, jak się okazuje, jest zachowaniem bardziej charakterystycznym dla kobiet niż dla mężczyzn.

Nierozładowany gniew jest kierowany do wewnątrz i może stać się czynnikiem wywołującym wzrost poziomu depresji, ta zaś wyzwala poczucie fizycznego i psychicznego dyskomfortu.

Depresja w połączeniu z lękiem jest natomiast uznawana za ważny psychologicznie czynnik patogenetyczny, zjawiska somatyzacji. Powstanie trudnych do wyjaśnienia z medycznego punktu widzenia objawów, takich jak na przykład: uporczywe bóle głowy, utrata apetytu, nadmierne łaknienie, zaparcia, bezsenność, czy zaburzenia cyklu miesięcznego, są sygnałem utrzymywania się w organizmie przykrego i długotrwałego napięcia emocjonalnego. Stresogenność niektórych zawodów bywa częstym przedmiotem badań.

Dla wielu pielęgniarek praca zawodowa, pomimo wielu zagrożeń, stwarza możliwość realizacji własnych ambicji, pełniejszego uczestnictwa w życiu społecznym i zadowolenia z życia

Analizuje się obciążenia psychofizyczne wśród nauczycieli, pracowników służb ratowniczych, czy opieki zdrowotnej.

W tej ostatniej grupie na czoło wysuwają się pielęgniarki wykonujące pracę szczególnie trudną i obciążającą.

Wymaga się od nich gotowości do kontaktu z ludźmi cierpiącymi, oczekującymi pomocy, poczucia odpowiedzialności za ich zdrowie i życie, wykonywania obowiązków w systemie zmianowym, destrukcyjnie oddziałującym na zdrowie fizyczne i psychiczne, towarzyszenia ciężko chorym i umierającym, sprostania krytycznym sytuacjom wynikającym z interakcji z pacjentami i współpracownikami.

Brak autonomii w podejmowaniu decyzji, niewystarczająca rekompensata psychologiczna i finansowa za wkład pracy i poświęcenie, poczucie niskiego statusu w hierarchii zawodowej – wszystko to powoduje, że środowisko zawodowe pielęgniarek oddziałuje jak generator ustawicznego stresu o dużym natężeniu.

Kolejna sprawa to odpowiedzialność i zagrożenie, jakie niesie ze sobą ten zawód. Chyba nie trzeba nikomu wyjaśniać wagi odpowiedzialności, jaka spoczywa na pielęgniarce.

A zagrożenia? Praktycznie każda pielęgniarka, z tych, które znam, choć raz w życiu zakłuła się igłą pacjenta, lub w jakikolwiek inny sposób naraziła się na kontakt z materiałem zakaźnym. I nie jest to wina nieuwagi czy braku odpowiednich umiejętności, to są po prostu wypadki.

Warunki, w jakich wykonywana jest praca, także nie pomaga w zapobieganiu takim sytuacjom. Warunki, w których jest ciągły pośpiech, w których bezustannie brakuje potrzebnych przyrządów. W takich warunkach praca pielęgniarki nie będzie w 100 proc. bezpieczna.

Wielokierunkowość stresogennych oddziaływań środowiska zawodowego pielęgniarek i stosunkowo duże ich natężenie nie może pozostać bez wpływu na stan zdrowia fizycznego i psychicznego. W tym kontekście szczególne znaczenia nabiera więc problem odczuwanej przez pielęgniarki satysfakcji z życia i pracy zawodowej.

Nie ma jednoznacznych danych empirycznych co do kierunku tej zależności, wiadomo, że ich oddziaływanie jest wzajemne i że prawdopodobnie satysfakcja z życia warunkuje satysfakcję z pracy. Satysfakcja z pracy jest funkcją równowagi między zasobami, to znaczy tym, co pielęgniarka w nią inwestuje w sensie wykształcenia, doświadczenia, zaangażowania, a tym, jakie są jej wyniki lub co otrzymuje w zamian, awans, gratyfikacja finansowa, możliwość podnoszenia kwalifikacji.

W przypadku pielęgniarek można przyjąć, iż oddziałuje nań szereg czynników destrukcyjnych i to zarówno w odniesieniu do satysfakcji z życia jak i z pracy zawodowej. Stresogenność tego zawodu nie ulega najmniejszej kwestii, nasuwa się więc pytanie, o sytuację życiową pielęgniarek i jej uwarunkowania psychospołeczne.

Wydaje się, iż w pielęgniarstwie częściej niż w innych zawodach dochodzi do tak zwanej transmisji stresu.

Na życie rodzinne wpływają tu: złość, frustracja, lęk, poczucie bezsilności, fizyczne zmęczenie, jako czynniki generowane przez środowisko pracy i powodujące pogorszenie relacji ze współmałżonkiem i dziećmi.

Przy szczególnie dużym zaangażowaniu w obowiązki zawodowe może również dojść do konfliktu ról społecznych, co oznacza doświadczenie wewnętrznej sprzeczności przez kobietę,

W pielęgniarstwie częściej niż w innych zawodach dochodzi do tzw. transmisji stresu. Na życie rodzinne wpływają tu: złość, frustracja, lęk, poczucie bezsilności, fizyczne zmęczenie, jako czynniki generowane przez środowisko pracy.

która z poświęceniem pełni ważną rolę zawodową, zaniedbując jednocześnie obowiązki rodzinne.

Rozwijanie kariery zawodowej wpływa na życie rodzinne. Wysokie wymagania stawiane pracownikom zmuszają do coraz wydatniejszej pracy, podnoszenia kwalifikacji i zwiększenia dyspozycyjności.

Jak wykazały badania, miernikiem pracy zawodowej partnerów, z punktu widzenia rodziny, jest wartość ekonomiczna przeliczana wprost na pieniądze. Poczucie bezpieczeństwa rodziny wymaga stałego źródła finansowania, którego nie da się osiągnąć bez pracy zawodowej.

Praca zawodowa to nie tylko pieniądze. Niezwykle istotny jest czynnik samorealizacji, poczucie spełnienia i zawodowy sukces. Wpływ kariery zawodowej na życie rodzinne jest oczywisty i nieunikniony.

„Robienie” kariery nie stoi jednak w sprzeczności z wypełnieniem ról rodzinnych. Dobrze jest pamiętać, że osiągnięcie równowagi w godzeniu pracy z życiem rodzinnym jest łatwiejsze jeśli przebiega według spójnika „i” a nie „albo”. Jestem troskliwą matką „i” kobietą sukcesu. Jestem wspierającym ojcem „i” dobrym pracownikiem, nigdy zamiast.

Problem wpływu pracy zawodowej kobiet na życie rodzinne był przedmiotem wielu badań empirycznych i analiz teoretycznych.

Psychologowie sugerują, że regularnie powtarzająca się absencja matki może oddziaływać negatywnie na więź między matką i dzieckiem oraz wpływać niekorzystnie na rozwój dziecka.

Socjologowie podkreślają negatywne konsekwencje zatrudniania kobiet zamężnych dla relacji małżeńskich. Podkreśla się również, że wykonywanie przez kobietę wielu ról (żony, matki, pracownika) obniża jej zdolność do adekwatnego wypełniania funkcji związanych z życiem rodzinnym. Istnieje też problem napięć pojawiających się w rodzinach, w których kobieta w dużej części samotnie dźwiga ciężar odpowiedzialności za rodzinę, podczas gdy mąż ponosi odpowiedzialność głównie za swoją pracę zawodową.

Reasumując, dla wielu pielęgniarek praca zawodowa, pomimo wielu zagrożeń, stwarza możliwość realizacji własnych ambicji, pełniejszego uczestnictwa w życiu społecznym i zadowolenia z życia.

Przyjęty w polskim społeczeństwie stereotyp, według którego definiuje się kobiecość i męskość wpływa na podział ról w rodzinie.

Nie mniej jednak, zarówno sposób pełnienia ról społecznych, jak i czynniki związane z samym środowiskiem pracy mogą implikować powstanie stanów depresyjnych, podnosić poziom lęku i agresji.

Zatem wspomniane wcześniej uwarunkowania biopsychospołeczne, kształtują istotę pielęgniarstwa jako zawód nadmiernie eksploatujący potencjał fizyczny i psychiczny, wpływając bezpośrednio na satysfakcję z życia i pracy zawodowej.

Literatura:

http://www.imp.lodz.pl/upload/oficyna/artykuly/pdf/full/Kli3_06_04.pdf

Dane osobowe Autorki zastrzeżone do wiadomości redakcji

Blaski i cienie

Blask kojarzy mi się z jasnością, pozytywnym aspektem, natomiast cień stanowi negatywny rzut blasku.

Tak sobie zawsze tłumaczyłam zjawiska w przyrodzie. Natomiast jeżeli odniosę to do pracy zawodowej to zawsze była dla mnie bardzo ważna i już od pierwszego dnia utożsamiałam się z miejscem pracy. Przez ponad 30 lat pracy zawodowej wykonywałam zawód pielęgniarki na różnych stanowiskach – pracuję nadal. To szmat czasu i czy było więcej w tym okresie blasków czy cieni – trudno ocenić.

Na pewno i twierdzą to stanowczo, w moim przypadku blaski przysłoniły a raczej rozświetliły tak skutecznie cienie, że te po latach już nie mają dla mnie wiążącego znaczenia.

Bardzo szybko, bo już po roku pracy założyłam rodzinę. Wychowałam dwoje dzieci wykorzystując tylko urlop macierzyński. Dzieci są moim spełnieniem jako kobiety, dlatego też musiałam pogodzić ich wychowanie i pracę zawodową.

Wykorzystując możliwość bycia blisko dzieci i możliwość pracy podjęłam się pracy w żłobku. Siedem lat na stanowisku starszej pielęgniarki wzbogaciło moją wiedzę z zakresu żywienia, pielęgnowania, odpowiedzialności. Samodzielne stanowisko zmobilizowało do poszerzenia swojej szkolnej wiedzy zakresu szczepień, rozwoju psychoruchowego dzieci do lat czterech. Po tych latach pracy został mi nawyk planowania posiłków. Na co dzień tak jak kiedyś w pracy w żłobku dobieram produkty, łączę smaki, staram się urozmaicać żywie-

nie najbliższych. Szczególną uwagę przywiązuję do estetyki i koloru.

Dzieci to już teraz dorosłe oraz małe wnuki doceniają i bardzo chętnie bywają u mnie. I ten aspekt pracy zawodowej, który przeniosłam do domu cenię sobie bardzo i doceniają to moi bliscy. Po tych wręcz sielankowych latach pracy, podjęłam się działalności

**Na pewno,
i twierdzą to
stanowczo, w moim
przypadku blaski
przysłoniły a raczej
rozświetliły tak
skutecznie cienie,
że te po latach już
nie mają dla mnie
wiążącego znaczenia.**

zawodowej związanej z dezynfekcją i sterylizacją. Jako że staram się być z reguły profesjonalistką w tym co robię rozpoczęłam wieloletnią edukację z tego zakresu. Nie dysponując szeroko dostępną literaturą w tym temacie, szczególnie dotyczącą sterylizacji w tamtych latach (1986 r.), musiałam się wiele uczyć.

Moje dokonania po latach pewnie ocenią inni, ale ja uważam iż dla mojego zakładu pracy zrobiłam bardzo duży krok w tej dziedzinie.

Wyszkoliłam zespół profesjonalistek (sterylizatorki). Kieruję ich pracą nieprzerwanie od 25 lat. Współtworzę standardy, procedury, udoskonalam

dokumentację i wdrażam to wszystko do realizacji w zakładzie. I wszystkie te zasady czystości, dezynfekcji, kontroli jakości podświadomie przeniosłam i wpoilałam mojej rodzinie. Przez te lata pracy nie potrafiłam po godzinie piętnastej zmienić nawyków ani zasad. Idąc do domu pewne czynności wykonywałam automatycznie. Przesiąknięta nawykami wychowałam dzieci, które po ukończeniu swoich szkół rozwijają skrzydła zawodowe wykorzystując to czego ich nauczyłam. I myślę, że tak naprawdę moje życie zawodowe cały czas przeplata się z moim życiem rodzinnym, a to że w cudowny sposób udało mi się to wszystko pogodzić to zasługa wspólnego zrozumienia i tolerancji.

W sytuacjach awaryjnych często dzieci zabierałam w soboty do pracy, znajdując dla nich zajęcie na tyle absorbujące, abym mogła wypełnić swoje obowiązki zawodowe.

Tak naprawdę dopiero u schyłku kariery zawodowej doszłam do przekonania, że wybrałam zawód bardzo piękny, dający wiele możliwości. Zawód, który wymaga podnoszenia kwalifikacji, szerokiej wiedzy ogólnej, znajomości techniki, a przede wszystkim wymaga umiejętności pracy w zespole, współpracy z innymi. Cieniem zapewne będzie dzień ostatni pracy zawodowej i nawet blask emerytury nie zdoła go rozświetlić.

Dane osobowe Autorki zastrzeżone
do wiadomości redakcji

Grazia

Postawa psychoterapeutyczna kluczem do pozytywnych efektów w opiece i leczeniu. cz.2

Nawiązanie kontaktu

dr n. med. AGNIESZKA KOTARBA

Najnowsze badania dowodzą, że satysfakcja z jakości opieki medycznej, jest przede wszystkim funkcją jakości kontaktu między pacjentem a personelem medycznym.

Wyjątkowo ważną konsekwencją powyższych badań jest to, że pacjenci w swojej ocenie kompetencji personelu, bardzo często kierują się emocjonalną satysfakcją z kontaktu. W praktyce trudno jest laikom ocenić bezpośrednio kompetencje merytoryczne personelu, dlatego opierają się na własnych odczuciach.

W rezultacie pacjenci, kiedy nie są zadowoleni z emocjonalnej strony opieki medycznej, mają tendencję do zmiany lekarza, zmiany ośrodka, do nieprzestrzegania zaleceń i terminów wizyt.

Dobry kontakt opiera się na czterech, następujących zasadach: zaufanie, akceptacja, empatia, odzwierciedlanie.

Zaufanie jest pojęciem dość złożonym, ponieważ oddaje klimat emocjonalny relacji dwojga osób. Podstawowym warunkiem by mogło dojść do zaufania jest otwartość. Natomiast koniecznym warunkiem otwartości jest okazanie przez pomagającego aprobaty i ciepła dla osoby potrzebującej pomocy. Wyróżnia się dwa rodzaje zachowań, które mogą skutecznie zniszczyć zaufanie pomiędzy pielęgniarką a pacjentem: po pierwsze zachowania nie akceptujące i objawiające brak szacunku, po drugie

okazywanie braku zainteresowania komunikowanymi problemami.

Akceptacja jest zgodą na to, że partner relacji jest taki, jaki jest. Przyjęcie do wiadomości jego wszystkich cech zarówno pozytywnych jak i negatywnych, nie oznacza automatycznie zgody na wszystkie zachowania pacjenta, zwłaszcza takie, które mogą być dla niego lub dla innych osób szkodliwe. Akceptacja to przede wszystkim nie oceniające reagowanie na to, co pacjent nam przekazuje: swoim wyglądem, zachowaniem i stanem zdrowia.

Empatia jest zdolnością do tworzenia trafnych wyobrażeń na temat tego, co się dzieje w drugiej osobie to znaczy, co ona przeżywa i czego pragnie oraz w jaki sposób spostrzega świat i samą siebie.

Empatię można uzyskać dwoma sposobami:

- po pierwsze przez analogię do własnych przeżyć,
- po drugie możemy po prostu spytać drugą osobę o jej wewnętrzne doznania.

Bardziej szczegółowa „instrukcja” do wytworzenia empatycznego związku z drugim człowiekiem zawiera pięć następujących zaleceń:

1. Postaw się w sytuacji pacjenta.
2. Pozostań wraz z nim w tym samym miejscu i czasie.
3. Postaraj się doznać tych samych uczuć, które jak sądzisz doznaje pacjent.

4. Powiedz mu to, co sama chciałabyś w tej sytuacji usłyszeć.

5. Postąp wobec pacjenta tak, jak chciałabyś, aby postąpiono w stosunku do ciebie.

Odzwierciedlanie to obserwowanie i dostrajanie swojego zachowania do zachowania innej osoby. Należy być ostrożnym przy odzwierciedlaniu. Naśladując otwarcie można zostać posądzonym o przedrzeźnianie i zaburzyć dobry kontakt. Jeżeli powtórzmy czyjeś zachowanie natychmiast, na pewno będzie to zauważone. Obowiązuje zasada 20-30 sekundowego odstępu przed powieleniem zachowania rozmówcy, wtedy próby dopasowania pozostają niezauważone i przyniosą zamierzony efekt – tworzenie wspólnego kontekstu interpersonalnego. Przez analogię, przy odzwierciedlaniu należy intencjonalnie robić to, co nieświadomie i naturalnie robi człowiek dorosły w kontakcie z dzieckiem. Dorosły, który chce dotrzeć do dziecka pochyla się w jego stronę, czasami kuca, siada obok niego, stosuje odpowiednie słownictwo itd.

Wykorzystywanie psychologicznych mechanizmów efektu placebo

Placebo to obojętna farmakologicznie substancja, która może powodować określone efekty psychologiczne lub psychofizjologiczne.

Efekt placebo: niespecyficzny psychologiczny lub psychofizjologiczny efekt zastosowania określonej farmakologicznie obojętnej metody.

Efekt ten może być pozytywny, jeżeli na skutek wytworzenia się odpowiednich przekonań i oczekiwań u pacjenta dochodzi do poprawy stanu zdrowia, po podaniu placebo.

Efekt może być również negatywny (nocebo), jeżeli na skutek obaw i negatywnego nastawienia pacjenta dochodzi do pojawienia się symptomów choroby lub zaostrzenia dolegliwości już istniejących.

Czynniki, które wpływają na wielkość efektu placebo, można podzielić na trzy grupy:

- cechy zewnętrzne podawanego leku,
- postawa i zachowanie personelu medycznego – postawa psychoterapeutyczna,
- aktualny stan i przekonania chorego.

W odniesieniu do cech zewnętrznych podawanego leku, istotnych jest tutaj kilka czynników. Jak wiadomo ten sam lek może zostać podany w róż-

nej postaci. Panuje powszechna zgoda co do tego, że iniekcja postrzegana jest jako bardziej efektywna forma kuracji w porównaniu z wszelkimi metodami doustnego podawania leku, przy czym zastrzyk postrzegany jest jako tym skuteczniejszy, im bardziej bolesny. Specyficznym czynnikiem związanym z kwestią postaci omawianej metody jest liczba dawek składających się na określoną gramaturę. Dwie tabletki podawane równocześnie są spostrzegane jako skuteczniejsze niż jedna tabletką zawierająca taką samą ilość leku. Dodatkowo istotnym elementem jest również barwa. Istnieje wiele badań, które wskazują na większą skuteczność leków o określonym kolorze w porównaniu z innymi np. maksymalny efekt terapeutyczny przynoszą kapsułki o barwie białej i żółtej a pigułki w kolorze czerwonym i różowym działają skuteczniej niż niebieskie podane w analogicznych warunkach. Z kolei lek o barwie niebieskiej działa silniej jako środek uspokajający a czerwone, różowe i żółte pastylki są dużo bardziej efektywne w zastosowaniach pobudzających. Psychologiczne działanie

leku jest większe, jeśli jest on droższy, trudniej dostępny i mniej znany. Dodatkowo oznakowanie znanej firmy farmaceutycznej oraz informacja werbalna o skuteczności w istocie zwiększają skuteczność działania.

Aktualny stan i przekonania chorego

Z badań wynika, że nie ma specyficznego typu osobowości, usposabiającej do podatności na efekt placebo. Wiadomo jednak, że duże znaczenie ma stan emocjonalny chorego oraz jego przekonania. U osób wykazujących większy niepokój o własne zdrowie obserwuje się również silniejszy efekt placebo. Podobne znaczenie mają przekonania pacjentów o skuteczności danej terapii oraz nadzieja i wiara w jej powodzenie.

Literatura u Autorki

dr n. med. Agnieszka Kotarba
Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie
Katedry Nauczania Pielęgniarstwa
UM w Łodzi

Zakończenie trzech specjalizacji organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

W sesji jesiennej 2011 roku przystąpiły do Egzaminu Państwowego w Warszawie 102 pielęgniarki – uczestniczki trzech szkoleń specjalizacyjnych organizowanych przez Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi w dziedzinie: Pielęgniarstwa chirurgicznego, Pielęgniarstwa opieki paliatywnej i Pielęgniarstwa pediatrycznego.

Średnia wyników osiągniętych z egzaminu wynosiła od 137,89 do 160,56 punktów.

Powyższe szkolenia specjalizacyjne były dla uczestników bezpłatne, gdyż były finansowane przez Ministra Zdrowia w ramach zawartych umów oraz dofinansowane z budżetu Okręgową Izbę Pielęgniarek i Położnych w Łodzi.

W tej sesji również zdawały egzamin pielęgniarki z naszej Izby, które uczestniczyły w szkoleniach specjalizacyjnych realizowanych przez innych organizatorów w dziedzinie: Pielęgniarstwa anestezyjologicznego i intensywnej opieki (2 edycje) oraz Pielęgniarstwa onkologicznego. Średnia wyników osiągniętych z egzaminu wynosiła od 143,55 do 149,83 punktów.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi serdecznie gratuluję wszystkim Koleżankom osiągniętych wysokich wyników na egzaminie i uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa.

Włożony wysiłek zwieńczony sukcesem nich przeniesie Państwu radość, satysfakcję w życiu osobistym i dalszy rozwój zawodowy.

mgr Maria Kowalczyk – Sekretarz OIPiP w Łodzi

Mowa wewnętrzna

dobrodziejstwo czy przekleństwo?

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Mowa wewnętrzna jest automatyczna i zarazem na tyle subtelna, że nie dostrzegamy jej wpływu na swój nastrój i przeżywane emocje

Na przystanku siedzą dwie osoby. Czekają na ten sam autobus, który ma już kilkanaście minut spóźnienia. Jedna z nich myśli: „No tak, znowu! Ten autobus nigdy nie może przyjechać punktualnie! Zawsze mam takiego pecha, że muszę czekać, zamiast prosto po pracy spokojnie jechać do domu! Mam tego dość! Czuję, że za chwilę mnie rozniesie!” Druga osoba siedząca na tej samej ławce w tym samym czasie myśli: „No cóż, autobus powinien już dawno przyjechać. Ale to nawet dobrze się składa, że go jeszcze nie ma. Jest ładna pogoda. Świeci słończko... Mogę sobie posiedzieć, odpocząć, bo jak wrócę do domu, to dzieci pewnie nie odstąpią mnie nawet na krok...”. Z którą z tych osób się identyfikujesz? Czy sposób, w jaki interpretujesz różne wydarzenia – te drobne i te większe – ma znaczenie dla Twojego samopoczucia? Popatrzmy na to przez pryzmat mowy wewnętrznej – głównego bohatera niniejszego artykułu.

Wyłączając stany chorobowe (np. zaburzenia tarczycy mogą dawać objawy podobne do stanów depresyjnych) człowiek jest w znacznej mierze odpo-

wiedzialny za to, co czuje w każdym momencie swojego życia. Pogodzenie się z tym faktem pozwala nam przejąć kontrolę nad swoim życiem i jednocześnie ułatwia osiągnięcie szczęścia. To, co czujemy (nastrój i emocje) jest efektem mowy wewnętrznej, którą sami do siebie kierujemy, przy czym różne myśli (lub interpretacje jakiegoś zdarzenia) mogą wywoływać odmienne emocje. Wyobraź sobie następującą sytuację: zajmujesz się pacjentem, który w trakcie rozmowy z tobą nie patrzy na ciebie i trzyma ręce w kieszeniach. Jak wytłumaczysz sobie zachowanie mężczyzny? Czy powiesz, że jest źle wychowany i dlatego trzyma ręce w kieszeniach? Jeśli tak, jaka emocja pojawi się w tobie: irytacja, smutek, troska? A może mężczyzna uważa, że nie jesteś warta jego uwagi? Być może pacjent jest nieśmiały i wstydzi się patrzeć prosto w oczy osoby, z którą rozmawia? Co czujesz? Którą z przedstawionych emocji uznasz za własną? Bez względu na to, którą z nich wybierzesz, musisz przyznać, że będzie ona w znaczący sposób wpływała na twój nastrój. To właśnie myśli wpływają

na fizjologiczne reakcje naszego ciała – wystarczy wyobrazić sobie jakąś scenę z kryminału, aby poczuć, jak krew gęstnieje w żyłach...

Zazwyczaj mowa wewnętrzna jest automatyczna i zarazem na tyle subtelna, że nie dostrzegamy jej wpływu na swój nastrój i przeżywane emocje. W skrócie zależność tę można przedstawić jako ciąg pewnych sekwencji: zdarzenia zewnętrzne (np. spóźniający się autobus lub pacjent trzymający ręce w kieszeniach w trakcie rozmowy) prowadzą do specyficznej dla danej osoby interpretacji zdarzeń i uruchamiają mowę wewnętrzną, co z kolei wywołuje określone emocje i reakcje behawioralne, np. złość to rodzaj emocji, która wyzwala napięcie i niekonstruktywne pobudzenie (może się zdarzyć, że zdenerwowany podróżnik wyładowuje swoją złość na przypadkowym przechodniu lub na kierowcy kolejnego autobusu, nawet jeśli ten przyjechał punktualnie). Inną reakcją emocjonalną może być smutek, który będzie manifestować się płaczem i tendencjami do odsuwania się od ludzi (reakcje behawioralne). Jednocześnie im bardziej ktoś izo-

luje się od znajomych, tym rzadszy ma z nimi kontakt. W tej sytuacji taka osoba będzie nieustannie przekonywała samą siebie, że nie może na nikogo liczyć, bo... nie ma żadnych znajomych i z nikim się nie spotyka. Te przekonania z kolei będą pogłębiały uczucie smutku itd. Związek zachodzący między omawianymi zmiennymi – mową wewnętrzną i emocjami – najłatwiej jest dostrzec w stanie relaksacji, kiedy z dystansu obserwujemy to, co sami do siebie mówimy.

Mowa wewnętrzna pozytywna vs negatywna

Mowa wewnętrzna może być pozytywna lub negatywna. Jeśli diagnozujesz u siebie pozytywne myśli („Świetnie! Znow mi się udało” albo „Nie wyszło mi, ale to nic. Najważniejsze, że spróbowałam i wiem, nad czym muszę jeszcze popracować”), czyli takie, które budują twoje poczucie własnej wartości i szybko pomagają ci stanąć na własnych nogach, nawet jeśli coś się nie udaje, możesz sobie pogratulować! Myśli, które generuje twoja mowa wewnętrzna, pomagają ci osiągnąć szczęście. Niestety, często spotykamy ludzi, których mowa, z uwagi na swój negatywny charakter, działa na nich destrukcyjnie. W tym przypadku, gdy mowa wewnętrzna jest rozumiana jako ciąg złych, niekonstruktywnych i niszczących nawyków, osoba uczy się myślenia w określony, negatywny sposób, który obniża poczucie własnej wartości bądź utrwała stany lękowe. Na szczęście tak, jak można zmienić swoje złe nawyki behawioralne (typu jedzenie słodyczy) na konstruktywne (zastąpienie słodyczy marchewkami), tak samo można zastąpić niezdrowe myślenie („Porażka. Dno. Znow wszystko zepsułam...”) bardziej pozytywnymi nawykami umysłowymi („Nie udało się, ale trzeba przyznać, że jak na pierwszy raz poszło mi znakomicie!...”). Mowa wewnętrzna ma szcze-

gólne znaczenie w przypadku osób cierpiących na nadmierny lęk, gdyż ludzie mający skłonności do przeżywania napadów paniki czy też lęku uogólnionego mają też silne tendencje do uruchamiania negatywnej mowy wewnętrznej, która zaczyna się od słów: „Co będzie, jeśli...?”. Czasami mowa ta pojawia się w formie telegraficznej, kiedy to jedno krótkie słowo przywołuje ciąg negatywnych wspomnień lub skojarzeń, np. kiedy czujesz, że zaczynasz nadmiernie się pocić, mówisz do siebie: „O, nie!”. W tym jednym krótkim zdaniu mieszczą się wspomnienia ostatniego napadu lęku i natychmiast zaczynasz intensywnie myśleć o tym, co może za chwilę nastąpić!

Mimo że mowa wewnętrzna zazwyczaj bywa irracjonalna, to jednak większość ludzi jest przekonana, że jest ona prawdziwa, przy czym nie każda negatywna mowa wewnętrzna jest taka sama. Każdego z nas charakteryzują różne aspekty osobowości zwane podosobowościami, co oznacza, że odgrywają one różne role i mają swój własny głos w naszej świadomości, pamięci i marzeniach sennych. Do najbardziej popularnych typów podosobowości należą: sprzyjający lękowi *czarnowidz*, determinujący niskie poczucie własnej wartości *krytyk*, sprzyjająca zachowaniom depresyjnym *ofiara* oraz towarzyszący przewlekłemu stresowi i wypaleniu *perfekcjonista*. Przyjrzyjmy się im bliżej.

Myśli wpływają na fizjologiczne reakcje naszego ciała – wystarczy wyobrazić sobie jakąś scenę z kryminału, aby poczuć, jak krew gęstnieje w żyłach...

Typy podosobowości a mowa wewnętrzna

Czarnowidz ma zdolność do podsuwania najczarniejszych scenariuszy wydarzeń, straszy fantazjami na temat katastrofy, która nieuchronnie się wydarzy w sytuacji konfrontacji z czymś/kimś, kogo się boi. Taka osobowość antycypuje katastrofy, co w połączeniu z tendencją do przeceniania prawdopodobieństwa, że zdarzy się coś wyjątkowo niedobrego, wzmacnia u niej czujność i niepokój. Z tego względu podosobowość typu *czarnowidz* wywołuje lęk, potęguje panikę i wzmacnia obawy, że to, czego doświadcza w swoim ciele aktualnie osoba, jest zapowiedzią czegoś bardzo niebezpiecznego lub przynajmniej krępującego. Typowy monolog *czarnowidza* zawiera wyrażenia typu: „Co będzie, jeśli...”, „O nie! Znowu to samo! Co będzie, jeśli ktoś zauważy, że sobie nie radzę? Na pewno mnie zwolnią z pracy albo przynajmniej powiedzą, że jestem głupia...”.

Krytyka poznamy po ulubionym zwrocie „Zawiodłeś! To było bardzo głupie i zupełnie niepotrzebne!”. *Krytyk* reaguje tak, ponieważ ma tendencję do wytykania osobie, której towarzyszy, jej wad przy każdej nadarzającej się okazji. Prowadzi to prostą drogą ku deprecjacji osoby w jej własnych oczach, tym bardziej, że *krytyk* lubuje się w negatywnych etykietach. Lubi też porównywać osobę z innymi, a ponieważ nie docenia swoich mocnych stron i zasobów, zawsze w porównaniach tych wypada na niekorzyść, co wtórnie obniża jego poczucie własnej wartości. *Krytyk* może przyjąć głos osoby, która w dzieciństwie zraniła cię swoją krytyką. Typowy komunikat *krytyka* to słowa: „Czy ty nigdy nie możesz zrobić czegoś tak, jak należy?”, „Jestem gorszy od innych”. Jego ulubioną taktyką jest filtrowanie polegające na skupianiu się na jednym negatywnym aspekcie sytuacji (np. na jakiejś wybranej wadzie swojego charakteru lub innej osoby przy jednoczesnym ignorowaniu swoich zalet

i zasobów lub mocnych stron innej osoby). O dokonującym się procesie filtrowania świadczą słowa: „nic niewart, bez sensu, beznadziejny, głupi, dno”. Uważaj więc; jeżeli używasz jakiegokolwiek słowa, które ma całkowicie pejoratywne znaczenie, prawdopodobnie właśnie dokonujesz filtrowania. W tej sytuacji dobrze jest zadać sobie pytanie, czy biorę pod uwagę cały obraz sytuacji, czy są jakieś pozytywne strony tej sytuacji? Takie pytania powinny przypomnieć, że zawsze należy poszukiwać jakichś pozytywnych dowodów i patrzeć na określoną sytuację z różnych perspektyw. Ilustruje to przykład przedstawiony w tab. 1.

Ofiara myśląc o sobie używa określeń typu: „Nie dam rady, nigdy sobie z tym nie poradzę, nie dla psa kiełbasa.” Jest to typ podosobowości, wyzwalający lęk z powodu utrwalania przekonania o własnej bezradności. To właśnie *ofiara* jest odpowiedzialna za wywołanie depresji, w której podtrzymuje

Myśli, które generuje twoja mowa wewnętrzna, pomagają ci osiągnąć szczęście. Niestety często spotykamy ludzi, których mowa, z uwagi na swój negatywny charakter, działa na nich destrukcyjnie

więcej. Nie toleruje błędów, potknięć, słabszych dni, a wartość osoby uzależnia od jej osiągnięć zewnętrznych. Mówi: „Powinam”, „Muszę”. Kieruje się imperatywami, aby za ich pomocą zmotywować cię do wykonania narzuconych sobie oczekiwań, które są nadmiernie wysokie, np. : „Powinam znać się na wszystkim”, „Muszę być

– nie służy poprawie jakości naszego życia i ignoruje potrzeby i uczucia konkretnej osoby (np. „Muszę być miły dla wszystkich ludzi” można otrzymać w spadku po rodzicach, którzy niezależnie od sytuacji nakazywali być mile nastawionym do wszystkich. Imperatyw ten ignoruje potrzeby osoby, gdyż zdarzać się może, że ktoś nie chce być miły względem konkretnego znajomego);

– został odziedziczony po ważnych osobach (np. rodzicach, którzy chętnie posługiwali się zwrotem typu: „Co ludzie powiedzą...”) i nie wynika z naszego osobistego doświadczenia;

– jest nieelastyczny, tzn. nie dopuszcza wyjątków;

– jest nierealny, gdyż nie bierze pod uwagę wszelkich możliwych konsekwencji (np. imperatyw typu: „Muszę być zawsze spokojna przy moich dzieciach i nie mogę pokazać im swojej złości” jest nierealny, bo prędzej czy później dzieci zrobią coś, co wyzwoli w nas złość, a my musimy im pokazać, jak w konstruktywny sposób można sobie z tym poradzić. Ukrywanie złości nauczy dzieci oszukiwania samych siebie w zakresie doświadczania emocji. Dzieci mogą nabrać przekonania, że złość jest czymś złym i dlatego nigdy mama jej nie pokazuje).

Tab.1. Przykładowe kontrstwierdzenia dla sytuacji filtrowania (opr. własne)

Filtrowanie	„Właśnie zwolnili mnie z pracy! To absolutna katastrofa. Byłem najgroszy ze wszystkich, skoro padło na mnie... Teraz do końca życia będę bezrobotny. Nie wiem, jak to powiem żonie, ale to właściwie nie ma znaczenia, bo ona i tak pewnie odejdzie.
Pytania	Czy biorę pod uwagę cały obraz sytuacji? Czy są jakieś dobre strony tej sytuacji?
Kontrstwierdzenie	„Zwolnili mnie z pracy, to fakt. Padło na mnie, bo miałem najkrótszy staż i nie musieli mi płacić żadnej odprawy. Nie jestem z tego powodu szczęśliwy, ale z drugiej strony to jest moment, kiedy mogę się rozejrzeć za czymś, co mnie naprawdę interesuje. Dopóki siedziałem w tej pracy, nie miałem motywacji, żeby coś zmienić w swoim życiu”

osobę, wmawiając jej, że istnieje cały szereg trudności, które nigdy nie pozwolą jej osiągnąć zamierzonego celu. To dlatego *ofiara* mówi: „Przecież to mi się nigdy nie uda. Po co w ogóle się starać?”

Perfekcjonista ponagla i popędza osobę do lepszego radzenia sobie. Wytwarza lęk, ponieważ wmawia jej, że za mało się stara i powinna dać z siebie

doskonałą matką”. Narzucanie sobie tego typu imperatywów powoduje, że odczuwamy permanentny lęk i napięcie, co wpływa deprecjonująco na poczucie własnej wartości.

Oczywiście nie zawsze stwierdzenie typu: „powinam” czy „muszę” działa na naszą niekorzyść. Dzieje się tak wtedy, gdy standard, który chcemy osiągnąć:

Jak zmienić swoją negatywną mowę wewnętrzną, aby więcej nie szkodziła?

Najskuteczniejszym sposobem jest odpieranie negatywnej mowy za pomocą pozytywnych, konstruktywnych stwierdzeń (tzw. kontrstwierdzenia). Nie jest to prosty ani łatwy proces, bowiem niektórzy ludzie przywiązują się do swojej mowy wewnętrznej i mimo szkód, jakie ona im wyrządza, trudno im zmienić ten nawyk. Jeśli ktoś słyszy o sobie (od samego siebie!) przez szereg lat negatywne opinie, nie potrafi pozbyć się wiary w prawdziwość swoich myśli. Jeśli jednak masz w sobie gotowość do podjęcia pracy nad zmianą niekon-

struktywnych nawyków myślowych, wybierz dowolną myśl pochodzącą z mowy wewnętrznej i odpowiedz na sokratejskie pytania zamieszczone poniżej. Dzięki tym pytaniom będziesz w stanie poznać i określić prawomocność swoich negatywnych myśli.

Jakie są dowody na słuszność tej myśli?

Jakie argumenty przemawiają za jej prawdziwością?

Jakie argumenty przemawiają przeciw prawdziwości myśli?

Czy zawsze dzieje się tak, jak myślę?

Czy istnieje inne alternatywne wytłumaczenie?

Czy kiedyś już działało się tak w przeszłości?

Jakie są szanse, że to jest prawda?

Jaka najgorsza rzecz mogłaby się zdarzyć? Dlaczego to jest takie straszne? Czy dam radę to przeżyć?

Co mogłoby się wydarzyć w najlepszym wypadku?

Jakie jest najbardziej realne rozwiązanie?

Czy jestem całkowicie obiektywny?

I tak typowa dla *perfekcjonisty* myśl „Muszę zyskać aprobatę rodziców, inaczej będę nikim”, może zostać poddana następującemu badaniu: „Czy jestem obiektywny? Czy rzeczywiście aprobatą rodziców jest absolutnie niezbędna dla mojego dobrego samopoczucia? Jaka najgorsza rzecz mogłaby się zdarzyć, gdybym nie uzyskała owej aprobaty?” Pozytywnym kontrstwierdzeniem będą komunikaty: „Mogę przeżyć i zapewnić sobie wsparcie innych ważnych osób nawet bez aprobaty rodziców”. Domagający się doskonałości *perfekcjonista* musi usłyszeć od siebie: „Nie ma nic złego w popełnianiu błędów”, „Nie muszę zawsze być ...”, „Życie jest za krótkie, aby je brać tak poważnie”.

Autodeprecjonująca myśl *krytyka* „Przez tę swoją głupią nieśmiałość jestem mięczakiem! Wszyscy mają więcej odwagi ode mnie i zdobywają to, na czym im zależy” może być poddana eksploracji za pomocą pytań: „Jakie są dowody na to, że jestem nieśmiały?, Czy rzeczywiście mało

w życiu osiągnąłem?” Tak postawione pytania pomagają w skonstruowaniu pozytywnych kontrstwierdzeń: „Mam na swoim koncie dużo osiągnięć. Inni ludzie czasami mi ich nawet zazdroszczą”. Osoba, która diagnozuje u siebie *krytyka*, powinna w tym przypadku myśleć w kategoriach: „Jestem kimś wyjątkowym i zasługuję na dobre traktowanie”, „Wierzę w siebie”, „Zasługuję na szacunek innych, tak jak wszyscy!”.

Wyzwalający lęk i napięcie twój wewnętrzny *czarnowidz*, kierujący się negatywnym uzasadnieniem emocjonalnym (tendencja do oceniania kogoś/ czegoś wyłącznie na podstawie własnych emocji), powinien usłyszeć od siebie: „I co z tego...?”, „Poprzednio też się tak bałem, a wszystko skończyło się dla mnie pomyślnie” lub „Z czasem przyzwyczaję się do tego”. Włączając uzasadnienie emocjonalne do wachlarza sposobów, w jaki interpretujesz świat, działasz na niekorzyść swojego poczucia własnej wartości, ponieważ, czując się w określony sposób w danym momencie („Czuję się nikomu niepotrzebny”), przyjmujesz a priori, że taki właśnie jesteś („Czuję się nikomu niepotrzebny” ergo „Jestem niepotrzebny”). Jak poznać, w którym momencie kierujesz się uzasadnieniem

Gdy mowa wewnętrzna jest rozumiana jako ciąg złych, niekonstruktywnych i niszczących nawyków, osoba uczy się myślenia w określony, negatywny sposób, który obniża poczucie własnej wartości bądź utrwała stany lękowe.

emocjonalnym? Wskazuje na to podejmowanie decyzji pod wpływem chwili bez racjonalnej obróbki. Czasami tak spontanicznie podjęte decyzje są korzystne dla danej osoby, z drugiej jednak strony, mogą przynieść wiele szkód i powodować problemy.

Ofiara odpowiedzialna za twoje poczucie beznadziejności i wyzwalająca poczucie niedopasowania do ludzi/sytuacji/życia, myśląca: „Jak zwykle mnie jednemu się nie udało”, „Jak tylko powiedzieli, że jedna osoba nie zdała, od razu wiedziałem, że to na pewno ja”, pomoże sobie myśląc: „Nie muszę natychmiast rozwiązywać tego problemu”, czy „Chętnie popatrzę na świat bardziej optymistycznie”.

Aby kontrstwierdzenie pełniło swoją pozytywną funkcję powinno być:

– formułowane w sposób pozytywny (np. zamiast „Nie ucieknę sprzed drzwi szefowej” - „Czuję spokój i jestem pewna siebie na myśl o rozmowie, którą będę odbywała z szefem”.)

– formułowane w czasie teraźniejszym, gdyż mowa wewnętrzna dotyczy właśnie tego czasu. Zamiast więc powiedzieć „Będę spokojna”, lepiej jest pomyśleć: „Jestem spokojna”.

– formułowane w pierwszej osobie liczny pojedynczej (czyli: „Ja zasługuję, Ja mogę, Ja jestem wart”).

Prawda, że to już zaczyna działać i powoli spływa na ciebie spokój?

Co więc możesz teraz zrobić? Określ rolę poszczególnych typów podosobowości w swoim codziennym życiu, wynotuj, co one do ciebie mówią i znajdź kontrstwierdzenia dla każdej myśli, która działa na ciebie destrukcyjnie. To żmudna, długotrwała praca, ale za to jakże potrzebna!

Powodzenia!

mgr Monika Kowalska-Wojtysiak
psycholog
UM, Łódź

Podziękowania

W związku z przejściem na emeryturę pielęgniarek, które pracowały w Domu Pomocy Społecznej w Tomaszowie Mazowieckim składamy podziękowania, słowa uznania i szacunku za rzetelność, troskę i dobro okazywane mieszkańcom tego Domu. Podziękowania dla **Wandy Kowalskiej, Teresy Zając, Barbary Gołdyn, Elżbiety Bukowskiej, Marii Jakubowskiej, Aliny Kulińskiej, Teresy Dolatowskiej** od mieszkańców i wszystkich pracowników. Wiek emerytalny po to jest nam dany, by realizować niespełnione plany.

Serdeczne podziękowania dla pani **Joanny Król** – Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Nefrologicznego i Stacji Dializ w Szpitalu Wojewódzkim w Bełchatowie – za miłą, pełną zaangażowania wieloletnią współpracę, za ciepło, troskę, wyrozumiałość i cierpliwość. W nowym etapie życia życzymy Pani zdrowia, radości, pogody ducha i sukcesów w realizacji dalszych zawodowych i osobistych planów.

Personel Stacji Dializ i Oddziału Nefrologicznego

Składam serdeczne podziękowanie dla Hospicjum przy Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Salve” w Łodzi (ul. A. Struga 3), dla jego Twórców i Pracowników, a w szczególności pani **Ewie Gawęda**, która przez bardzo długi czas towarzyszyła mojej chorej mamie Janinie Kurzawa. Pani Ewa pełniła przy niej prawdziwe samarytańską posługę. Dziękuję jej za ogromne oddanie ludziom chorym, za wielkie serce wobec tych, którzy przeżywają swój końcowy etap życia, zwykle najtrudniejszy.

Mogłam widzieć jej trudną pracę, zaangażowanie, sumiennność i niespotykaną dziś prostotę i dobroć w podejściu do chorych oraz wielką godność i szacunek dla życia. Moje podziękowania nie są w stanie wyrazić tego, czego również ja jako córka swojej chorej mamy doświadczyłam.

Pani Ewa nauczyła mnie bardzo dużo, ale przede wszystkim dawała poczucie bezpieczeństwa, wiedziałam, że zawsze mogłam na nią liczyć.

Barbara Grzędowska

Jako pacjentka Oddziału Gastro-Diabetologicznego Szpitala im. N. Barlickiego w Łodzi pragnę na łamach Biuletynu podziękować oddziałowej pielęgniarek – pani Ani – oraz pozostałym pielęgniarkom i paniom salowym za opiekę nade mną, za cierpliwość, za dobroćserca i wyrozumiałość.

pacjentka
Janina Krychniak