

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Przewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Agnieszka Kałużna
dyżuruje w środy w godz. 16.00 – 18.00

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Dorota Rybińska (pielęgniarka)

Wiceprzewodnicząca ORPiP w Łodzi

mgr Bożena Pawłowska (położna)

Sekretarz ORPiP w Łodzi

mgr Maria Kowalczyk
tel. 42 633 22 48

Skarbnik ORPiP w Łodzi

dr n. o zdr. Maria Cianciana

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

mgr Irena Król
dyżuruje w II i IV poniedziałek miesiąca w godz. 15.00 – 17.00
tel. 42 633 23 94
w pozostałe dni kontakt z Krystyną Sawczenko
– spec. ds. merytoryczno-kancelaryjnych ORzOZ
tel. 42 633 23 94

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Pielęgniarek i Położnych

dr n. o zdr. Grażyna Kozak
dyżuruje w I i III poniedziałek miesiąca
w godz. 15.30 – 17.00

Redaktor Naczelny „Biuletynu”

mgr Joanna Gąsiorowska
dyżuruje we wtorki w godz. 16.00 – 18.00
e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl; tel. 42 633 22 48

Biuro Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź
tel. 42 633 69 63; 42 633 71 06; fax 42 633 68 74
czynne: wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00;
poniedziałek – dzień bez interesantów
www.oipp.lodz.pl; e-mail: biuro@oipp.lodz.pl

Konto bieżące OIPiP

Bank Zachodni WBK SA, ul. Sienkiewicza 24, II Oddział w Łodzi
20 1090 1304 0000 0000 3000 3869

Prawo wykonywania zawodu

wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00
tel. 42 633 32 13

Kształcenie podyplomowe

wtorek: 10.00 – 18.00; środa, czwartek, piątek: 8.00 – 16.00;
tel. 42 639 92 62
mgr Justyna Łabuzińska-Gawrysiak – tel. 781 014 032
mgr Danuta Ciechomska – tel. 781 014 062

Biblioteka OIPiP

wtorek: 11.00 – 17.30; środa: 10.00 – 15.00; czwartek: 8.30 – 15.00
piątek: 10.00 – 15.30
e-mail: biblioteka@oipp.lodz.pl, tel. 42 633 92 98

Pośrednictwo pracy i dział socjalny

wtorek: 11.00 – 18.00; czwartek: 9.00 – 16.00
tel. 42 633 23 94

Radca prawny

wtorek: 14.00 – 18.00, czwartek: 14.00 – 16.00
tel. 42 633 71 06

Kasa

wtorek: 12.00 – 17.00; środa: 8.30 – 12.00, czwartek: 12.00 – 15.00;
piątek: 8.30 – 12.00
tel. 42 639 92 76

www.oipp.lodz.pl

W NUMERZE:

SERWIS INFORMACYJNY 3

TEMAT MIESIĄCA 6

PRAKTYKA ZAWODOWA 13

**SZKOLENIA KURSY
KONFERENCJE 21**

GŁOS ZE ŚRODOWISKA 23

PODZIĘKOWANIA 23

POŻEGNANIA 24

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 Naczelny: mgr Joanna Gąsiorowska
Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPiP.
Redakcja zastrzega sobie prawo do skracania nadesłanych materiałów oraz zmiany tytułów, nie zwraca materiałów niezamówionych, nie ponosi odpowiedzialności za treść ogłoszeń.
ISSN: 1640-7679
Skład: OIPiP – Agnieszka Wypych
Nakład: 3700 egzemplarzy
Druk: BiK – M. Bernaciak, tel. 42 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

OD REDAKCJI

Szanowni Państwo, Drodzy Czytelnicy
Rozpoczął się już luty – drugi miesiąc 2013 roku, to miesiąc kalendarzowej zimy. Trudno określić, czy będzie śnieżnobiały jak styczeń, czy wczesnowiosenny, bo anomalia pogodowe już od kilku lat płatają nam figle. Nie bardzo można przewidzieć, czy ferie naszych dzieci przypadające w lutym będą bardziej zimowe czy nie. Miesiąc luty jest jednak takim okresem, który powoduje zawsze chandrę, bo dni są bardzo krótkie co wpływa na nasze samopoczucie. W lutym przypadają dwa święta, które wiążą się ściśle z wykonywaniem naszych zawodów tj. 4-go lutego Międzynarodowy Dzień Walki z Rakiem i 11-go Światowy Dzień Chorego.

Dzień Chorego został ustanowiony przez papieża Jana Pawła II w 11 rocznicę zamachu na jego życie. Powstał on z myślą o wszystkich ludziach, będących w potrzebie, ale i dla tych nie dotkniętych chorobą którzy powinni uczyć się okazywania miłości i otaczać opieką ludzi chorych. Dzień 11 lutego stał się więc szczególnie ważnym okresem w naszej profesji. Jest to dzień, w którym powinniśmy pomyśleć o ludziach chorych i cierpiących. Zwracając uwagę na naszych podopiecznych, zastanówmy się nad sensem cierpienia i naszym stosunkiem do niego. Dlatego polecamy Państwu artykuł z działu temat miesiąca o ewolucji postaw psychologicznych pacjentów u kresu życia, o reakcji chorych na wiadomość o chorobie śmiertelnej oraz o prawach człowieka do prawdy o śmiertelnej chorobie. Artykuł ten wiąże się też ściśle z dniem waliki z rakiem.

Od tego numeru w formie wkładki będziemy publikować ciekawy materiał na temat problemów zawodowych i zdrowotnych pielęgniarek i położnych oraz o ochronie zdrowia pracujących. Publikacja bardzo ciekawa i potrzebna dla naszej wiedzy i świadomości. Nasza tak jak każda praca wiąże się z narażeniem zawodowym na czynniki szkodliwe, uciążliwe czy niebezpieczne. Polecamy Państwu zatem tą ciekawą lekturę. Warto tu przypomnieć hasło Kongresu o Ekspozycji Zawodowej, który odbył się w 2012 r. w Warszawie: „Dbając o zdrowie – narażają zdrowie”.

PRZESŁANIE DO PIELEŃNIARKI:

- WYSŁUCHAJ MNIE,
- ZAPYTAJ O MOJE ZDANIE,
- NIE LEKCEWAŻ MOICH SKARG,
- PATRZ NA MNIE, A NIE NA MOJĄ CHOROBE,
- MÓW DO MNIE, A NIE PRZY MNIE,
- ZACHOWAJ DYSKRECJĘ,
- NIE KAŻ MI CZEKAĆ NA SIEBIE,
- NIE MÓW CO MAM ROBIĆ, ZANIM NIE POWIESZ JAK MAM TO ROBIĆ,
- INFORMUJ MNIE ZAWSZE,
- PAMIĘTAJ KIM BYŁEM,
- POZWÓL DOZNAĆ PRZEŻYĆ CIEPŁO TWOJEJ OPIEKI.

Virginia Henderson

Z prac Okręgowej Rady

XIV posiedzenia ORPiP w dniu 8 stycznia 2013 r.

- ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 4 pielęgniarki.
 - ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu położnej i dokonano wpisu do rejestru położnych OIPiP w Łodzi – 4 położne.
 - ▶ Dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek OIPiP w Łodzi – 1 pielęgniarka.
 - ▶ Przyjęto oświadczenie pielęgniarki o powrocie do wykonywania zawodu – 1 pielęgniarki.
 - ▶ Dokonano adnotacji w rejestrze pielęgniarek OIPiP w Łodzi o wygaśnięciu prawa wykonywania zawodu – 1 pielęgniarki.
 - ▶ Wpisano do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 4 praktyki pielęgniarek i 1 praktyka pielęgniarska.
 - ▶ Wykreślono z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 14 praktyk pielęgniarek.
 - ▶ Dokonano zmiany wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – 6 praktyk pielęgniarek.
 - ▶ Zatwierdzono plan wizytacji 6 praktyk wpisanych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi i powołano składy osobowe zespołów wizytujących – 4 praktyki pielęgniarek i 2 praktyki położnych.
 - ▶ Zgodnie z wnioskami zakładów skrócono okres przeszkolenia po przerwie w wykonywaniu zawodu – 2 pielęgniarkom i 1 pielęgniarszowi.
 - ▶ Dokonano wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych OIPiP w Łodzi – szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa zachowawczego i kurs kwalifikacyjnego w dziedzinie Pielęgniarstwa neonatologicznego.
 - ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w kształceniu podyplomowym pielęgniarek i położnych, udziale w: szkoleniach specjalizacyjnych – 11 osobom, kursach kwalifikacyjnych – 29 osobom, kursie specjalistycznym – 29 osobom, konferencji/kongresie/sympozjum – 7 osobom.
- Odmówiono przyznania dofinansowania jednej osobie, ze względu na wykorzystanie dofinansowania w danym roku kalendarzowym.

- ▶ Przyznano jedną pomoc finansową, w wysokości 1200 zł (wsparcie finansowe)
- ▶ Zatwierdzono:
 - wyrażono zgodę na wzięcie udziału dwóch pielęgniarek (brak pełnych dwóch lat przynależności do OIPiP) w kursie specjalistycznym w zakresie Wykonywania testów skórnych, organizowanym przez OIPiP, ze względu na wolne miejsca na kursie.
 - sfinansowanie kosztów zakupów na konferencję „Aspekty prawne wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej w świetle aktualnych zmian legislacyjnych w ochronie zdrowia” w Łodzi, w dniu 01.02.2013 r.,
 - organizowanej i dofinansowanej z budżetu OIPiP w Łodzi, Komisję kształcenia, promocji i rozwoju zawodu OIPiP i ŁOPTP.
 - składy osobowe komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych dla 8 kursów specjalistycznych, program dla pielęgniarek i położnych organizowanych w: OIPiP w Łodzi oraz w zakładach w Łodzi, Tuszynie i Bełchatowie.
 - kadre dydaktyczną dla 2 kursów kwalifikacyjnych i 3 kursów specjalistycznych organizowanych przez OIPiP w Łodzi w 2013 roku.
 - sfinansowanie z budżetu OIPiP w Łodzi udziału 2 członków Komisji pielęgniarek opieki paliatywnej i długoterminowej OIPiP w XVII Jasnogórskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Opieki Paliatywnej i Zespołów Hospicyjnych w Częstochowie, w terminie 24–27.01.2013 r.
 - honoraria dla 6 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie OIPiP Nr 12/2012.
 - koszty napraw w biurze OIPiP w zakresie instalacji wodno-kanalizacyjnej, sieci telefonicznej i komputerowej.
 - koszty napraw fantomów do ćwiczeń na zajęcia kursów w zakresie Resuscytacji krążeniowo-oddechowej, do kwoty 8000 zł.
 - zmiany uchwały dotyczące funkcjonowania biura w sprawie: zasady organizacji i zasad funkcjonowania biura OIPiP w Łodzi i Polityki rachunkowości w OIPiP w Łodzi.
 - ▶ Powołano przedstawicieli do składów osobowych komisji konkursowych na stanowiska kierownicze w dwóch zakładach: 1 z-cy dyrektora ds. medycznych, 7 ordynatorów oddziału i 2 pielęgniarek oddziałowych.
 - ▶ Wytypowano 4 przedstawicieli do komisji kwalifikacyjnych i egzaminacyjnych w ERUDIO w Łodzi – 1 szkolenie specjalizacyjne, 2 kursy kwalifikacyjne i 1 kurs specjalistyczny.

oprac. mgr Maria Kowalczyk – sekretarz ORPiP

XXIX Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych odbędzie się w Sali Obrad Urzędu Miasta (ul. Piotrkowska 104) w dniu 1 marca 2013 r. godz. 9.00

Prosimy delegatów o punktualne przybycie

KOMUNIKAT

dla indywidualnych i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych województwa łódzkiego

Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi przypomina o obowiązku sporządzenia sprawozdań za rok 2012 w zakresie statystyki publicznej Ministra Zdrowia określonych w programie badań statystycznych statystyki publicznej – rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 22 lipca 2011 r. (Dz. U. Nr 173, poz. 1030, z późn. zm.).

Obowiązek sprawozdawczy dotyczy wszystkich praktyk zawodowych pielęgniarek i położnych wpisanych do Rejestru Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych, niezależnie od tego czy posiadają umowę z NFZ na świadczenie usług medycznych. Zgodnie z programem badań statystycznych podmioty o liczbie pracujących powyżej 5 osób (niezależnie od formy zatrudnienia) mają obowiązek sporządzać sprawozdania za 2012 rok w formie elektronicznej poprzez stronę internetową Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia www.csioz.gov.pl w zakładce „Statystyka Publiczna”/System Statystyki Resortowej Ministra Zdrowia SSRMZ. Dla podmiotów o liczbie pracujących nie większej niż 5 osób dopuszczalne jest przekazywanie danych w formie papierowej.

Jednocześnie informujemy, iż w przypadku sporządzenia sprawozdań w formie papierowej należy pobrać odpowiedni formularz ze strony Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia lub Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi www.wczp-lodz.pl w zakładce „Statystyka Publiczna Ministra Zdrowia – „Formularze”.

Więcej informacji na stronie naszej Izby www.oipp.lodz.pl i stronie WCZP www.wczp-lodz.pl

PODZIĘKOWANIE

W związku z zakończeniem w dniu 14 grudnia 2012 r. kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego składamy serdeczne podziękowania dla Kierownika Kursu Pani **Wiesławy Bogusz** a także wszystkim wykładowcom i opiekunom praktyk za rzetelność i profesjonalizm prowadzonych zajęć. Dziękujemy także OIPiP w Łodzi za umożliwienie nam odbycia kursu i zdobycia tak dużej wiedzy w zakresie pielęgniarstwa rodzinnego, którą będziemy mogły wykorzystać w naszej pracy zawodowej.

Koleżanki Pielęgniarki



Planowany harmonogram posiedzeń i spotkań na 2013 r.

Lp.	Nazwa organu, komisji	Godz.	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
1.	ORPiP (2 wtorek m-ca)	10.00	08	12	12	9	14	11	-	-	10	8	13 (2 śr.)	10
2.	Prezydium ORPiP (4 środy m-ca)	13.00	23	27	27	24	29	26	17 (3 śr.)	13 (2 wt.)	25	23	27	-
3.	Pełnomocnicy (3 wtorki m-ca)	11:30	15	19	19	16	21	18	-	-	17	15	19 (2 śr.)	11 (2 śr.)
4.	Kadra kierownicza (3 środy, co 2 m-ce)	13.00	-	20	-	17	-	19	-	-	18	-	20	12
5.	Komisja socjalna (3 środy m-ca)	14.30	16	20	20	17	22	19	-	-	18	16	20	11
6.	Komisja prawa i legislacji (wg potrzeb)	15.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
7.	Komisja położnych (ostatnie wtorki m-ca)	15.00	29	26	26	30	28	25	-	-	24	29	26	11
8.	Komisja pielęgniarek rodzinnych (3 wtorki m-ca)	15.00	15	19	19	16	21	18	-	-	17	15	19	11
9.	Komisja pielęgniarek epidemiologicznych (ostatnie czwartki m-ca)	12.00	31	28	28	25	23 (4 czw.)	27	-	-	26	24 (4 czw.)	28	11
10.	Komisja pielęgniarek psychiatrycznych (1 wtorki m-ca)	16.00	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11
11.	Komisja medycyny szkolnej (3 wtorki m-ca)	13.30	15	19	19	16	21	18	-	-	17	15	19	11
12.	Komisja opieki paliatywno-hospicyjnej i długoterminowej (1 czwartki m-ca)	14.30	-	-	7	-	-	6	-	-	5	-	-	11
13.	Komisja kształcenia, promocji i rozwoju zwozu (1 czwartki m-ca)	15.30	4 i 24	-	7	4	9	6	-	-	5	3	7	11
14.	Komisja warunków pracy i zatrudnienia (poniedziałki)	13.00	7 i 14	18	18	22	20	17	-	-	16	21	18	11
15.	Zespół ds. Pielęgniarstwa w zakresie endoskopii (wtorki)	16.00	22	-	-	23	-	4	-	-	24	-	26	11
16.	Koło Emerytek	11.00	7	4	4	8	6	3	-	-	2	7	4	2
17.	XXIX Okręgowy Zjazd Pielęgniarek i Położnych w Łodzi	9.00	-	-	01 (pt.)	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Ewolucja postaw psychicznych pacjentów z chorobą nowotworową

dr. n. o zdr. GRAŻYNA KOZAK

Pierwsze badania nad ewolucją postaw psychicznych ciężko chorych przeprowadziła Kübler-Ross E. – lekarz, psychiatra – Szwajcarka działająca w USA – pionierka prac nad procesem umierania wyróżniła pięć stadiów tego procesu: **stadium pragnienia**, by coś nie było prawdą i izolacji, **stadium gniewu**, **stadium układania się z losem**, **stadium depresji**, **stadium przyzwolenia**.

Wspomaganie umierającego w jego śmierci musi nawiązywać do stadium, w jakim właśnie znajdują się pacjent i jego krewni. Ale dlatego opis tego wspomagania podany przez dr Kübler-Ross, wymaga istotnego uzupełnienia i dostosowania do warunków panujących w krajach europejskich, szczególnie gdy chodzi o moment początkujący tę pomoc. Wg poglądu Kübler-Ross wspomaganie umierającego w jego umieraniu zaczyna się wtedy, gdy pacjent znajduje się w stadium pragnienia, by coś nie było prawdą, to znaczy, gdy dowiedział się prawdy o rzeczywistym przebiegu choroby. Jest to zgodne z praktyką istniejącą w USA, ponieważ panuje tam powszechnie zwyczaj, że pacjent informowany jest jasno i dokładnie o stanie swojego zdrowia. U podstaw takiego postępowania nie leżą jednak motywy humanistyczne, lecz finansowe. U nas w krajach europejskich po ustaleniu diagnozy pacjenci nie są najczęściej otwarcie i dokładnie poinformowani o ich stanie zdrowia i rokowaniu na przyszłość. Wielu lekarzy wyjawia prawdę bardzo późno, często w trakcie procesu umierania, a czasem w ogóle jej nie ujawnia. Dlatego przez pewien czas pacjenci pozostają w stadium nieświadomości, które stopniowo przechodzi w stadium niepewności.

W tym czasie pacjent zaczyna się zastanawiać nad problemem ewentualnego śmiertelnego przebiegu swojej choroby, z drugiej zaś nie może i nie chce jeszcze tego przyjąć za prawdę, ponieważ myśl o końcu wszystkiego jest jeszcze w tej chwili dla niego nie do zniesienia. Pod koniec tego stadium zauważa się często, że pacjent pośrednio zaprzecza prawdzie, na przykład snując plany na przyszłość w sposób, w jaki do tychczas tego nie robił. Niepewność i zjawisko pośredniego zaprzeczenia śmiertelnemu tokowi choroby są sygnałami, że trzeba pacjentowi dopomóc w poznaniu prawdy.

Niestety, mam nadal wrażenie, że my wspomagający umierającego, często nie rozumiemy tych sygnałów, ponieważ sami nie czujemy się zdolni do prowadzenia koniecznych rozmów (na podstawie własnych obserwacji).

Dla krajów europejskich stadia procesu umierania i wspomaganie umierających w ich śmierci można by prawdopodobnie najtrafniej uszeregować następująco:

- **nieświadomość**,
- **niepewność (Sporken P. i Hichels J.)**,
- **zaprzeczenie**:
- **pośrednie przekazanie prawdy lub poznanie prawdy**,
- **wyraźne pragnienie by coś nie było prawdą**,
- **bunt (Kübler-Ross E.)**,
- **targowanie się z losem**,
- **depresja (Kübler-Ross E.)**,
- **pogodzenie się z faktem śmierci**.

Ani amerykańska, ani nasza praktyka medyczna nie wydaje się w tej mierze idealna. Przekazywanie prawdy lub jej poznanie nie powinno być ani początkiem, ani kresem wspomaganie umierających w ich śmierci, lecz istotną częścią składową.

Drugi punkt uzupełnienia opisu dr Kübler-Ross odnosi się do roli rodziny i pomocy, jakiej powinno się jej udzielić.

Dr Kübler-Ross miała do czynienia ze swoimi pacjentami w klinice, z dala od ich rodzin, a jej uwaga skierowana była prawie wyłącznie na samego pacjenta. Choć relacje rodzinne często dochodziły do głosu, nie można się oprzeć wrażeniu, że powinny występować o wiele wyraźniej. Szczególną uwagę trzeba poświęcić rodzinie i konieczności wspomżenia jej, ponieważ rodzina wciągnięta jest bardzo solidnie w proces choroby pacjenta i odwrotnie, śmierć pacjenta oznacza nie tylko kres jego własnego życia, lecz również pozostawienie zatroskanych, ukochanych osób w warunkach często bardzo trudnych.

Rola rodziny zaczyna się już w **pierwszym stadium nieświadomości**, ponieważ w praktyce nie sam pacjent, ale ktoś z jego krewnych powiadomiony jest o prawdziwym stanie chorego. Przekazywanie prawdy i dowiadywanie się jej powinno więc odnosić się zarówno do pacjenta jak i jego rodziny. Jeśli w ostatniej fazie choroby wciągnię się do pomocy rodzinę, stworzy się jednocześnie podstawy do lepszego przez nią przewyciężenia cierpień i smutku po śmierci pacjenta.

Drugie stadium – zaprzeczania najczęściej nie trwa długo, przechodzi dość szybko w stadium buntu i depresji. Bunt najczęściej skierowany jest zasadniczo przeciw temu co jest nieodwracalne, co jest nie do przyjęcia, a manifestuje się

w różny sposób – szukaniu kozła ofiarnego, bunt przeciwko lekarzom, rodzinie itp.

Bunt i depresja, jak mówi dr Kübler-Ross, występują na przemian, ponieważ pacjent nie zaakceptował jeszcze rzeczywistego stanu rzeczy – stara się „pertraktować” ze swoim otoczeniem, często z Bogiem chcąc zyskać kilka chwil życia lub odwrócić swój los. Zdarza się jednak i tak, że pacjent do końca zaprzecza uparcie prawdzie, ponieważ nie potrafi się zdobyć na przyjęcie nieodwracalnej śmierci.

Bunt. Nie można wyznaczyć w sposób ostry granicy stadium buntu – w rzeczywistości przebiega ono przez wszystkie stadia z wyjątkiem stadium niepewności. Pacjent buntuje się przeciw normom społecznym, które nagle odczuwa jako bezsensowne. Stawia sobie pytanie „dlaczego to właśnie ja”. Najistotniejsze dla tego okresu jest pozwolenie pacjentowi na wypowiedzenie się, wykrzyknienie, należy go cierpliwie wysłuchać, nie potwierdzać i nie zaprzeczać – tylko słuchać.

Również krewni, ogarnięci uczuciem buntu, mogą sobie wzajemnie stawiać ostre zarzuty. Jest to bardzo trudny okres dla wszystkich, zarówno pacjenta jak jego bliskich, ponieważ atmosfera ciągłego niepokoju, „pustych” słów, gestów, może stać się powodem kryzysu zaufania. Dlatego cierpliwość, szacunek i pełne zrozumienie wzajemne są tu absolutnie niezbędne.

Depresja. W fazie końcowej prawie u wszystkich pacjentów pojawia się depresja. W stanie zwątpienia pacjent nie dostrzega w ogóle już żadnych możliwości; życie minęło, wszystko minęło. Chory zamyka się w sobie, nie obchodzi go krewni i znajomi. Zawodzą wszelkie rozmowy. Pokarm i napój pozostają nietknięte, odsuwane są wszystkie lekarstwa. Odwiedziny u chorego są bezcelowe, gdyż odwiedzający nic już dla niego nie mogą zrobić. Pomoc w tym okresie jest niezwykle trudna (a u osób wierzących, przede wszystkim jest to posługa duszpasterska), ze względu na niezwykle ograniczone porozumiewanie się pacjenta z otoczeniem. Szczególnie bolesne jest to dla rodziny, która zmuszona jest do bezradnego przypatrywania się i gorzkiego godzenia z faktem. Jest to okres najtrudniejszy, gdyż depresja obejmuje całą rodzinę – która często wraz z chorym usuwa się z normalnego życia społecznego. Depresja, apatia, bierność tak bardzo ograniczają kontakt i porozumienie się, że mogą doprowadzić do zerwania więzi uczuciowej między pacjentem a jego otoczeniem. Dlatego istotą tego stadium jest takie wzajemne pomaganie, inspirowanie, kontynuowanie normalnego życia rodzinnego, aby wspólnie dodawać sobie siły i odwagi do przetrwania jeszcze cięższych chwil.

Dr Kübler-Ross podkreśla, że należy przede wszystkim starać się poznać właściwą przyczynę depresji. Jeśli ta przyczyna leży w przyszłości lub teraźniejszości (np. troska o sprawy, które muszą być jeszcze uregulowane czy załatwione) wówczas należy uczynić wszystko, aby te przyczyny wyeliminować. Jeżeli natomiast przyczyną depresji jest coś co ma dopiero nadejść (np. ostateczna rozłąka z bliskimi) wówczas usunięcie tej przyczyny jest trudniejsze.

Pogodzenie się z faktem śmierci. Ostatnim stadium, które wielu pacjentów może osiągnąć jest stadium akceptacji, pogodzenia się z faktem śmierci. Nie oznacza to, że chory uważa śmierć za mile widzianego gościa, lecz że orientuje się w swoim stanie i gotowy jest zaakceptować wynikające z niego konsekwencje. Pośród wszystkich tych spraw i przeżyć w głębi duszy człowieka wierzącego pozostanie otwarta droga nadziei do ufności, że Bóg spełni swoje obietnice i ostatecznie wszystko się dobrze skończy, kiedy chory dojdzie tak daleko, że gotów jest akceptować śmierć, gotów jest też do objęcia spojrzeniem całego swojego życia. Wielu chorych odczuwa w tym stadium potrzebę spojrzenia wstecz na swoje życie i sporządzenie niej lub bardziej szczegółowego bilansu. Poczucie sukcesu, powodzenia, dobre małżeństwo i rodzina – wszystkie te czynniki mogą mieć w tym stadium wielkie, pozytywne znaczenie. Jak zauważyła dr Strauch-Rahäuser, przemyślane, nie rozwiązane problemy życiowe mogą stanowić wielką przeszkodę w uporaniu się z problemem umierania. Chorzy, którym życie układało się niezbyt szczęśliwie, z trudnością godzą się ze swoją śmiercią. Odczuwają oni potrzebę załagodzenia przed śmiercią wielu rzeczy, a także podziękowania najbliższemu za wszystko, co w życiu mogli od nich otrzymać. Niektórzy wyrażają wiele życzeń, które mają być wykonane po ich śmierci. Ogólnie można powiedzieć, że wspólne omówienie śmierci i jej następstw ma wielkie znaczenie dla rodziny, jako wstęp do przebiegu żałoby. Stadium pogodzenia się ze śmiercią może być szczególnie wzbogacające nie tylko dla samego chorego, ale także dla tych, którzy pozostaną przy życiu, z żalem, smutkiem, ale bez poczucia winy, że coś przeoczyli, we wspólnej z umierającym drodze ku śmierci¹.

Na nową rzeczywistość, jaką jest fakt własnej choroby, reagują ludzie w różny sposób:

- Część ludzi nie chce tej sytuacji przyjąć do wiadomości.
- Ci, którzy nie chcą przyjąć do wiadomości nowej dramatycznej rzeczywistości życiowej, wykazują zdumiewającą energię i żywotność.
- Inna część usiłuje się jakoś z tą sytuacją uporać. Są to ci, którzy stawiają czoło sytuacji i próbują w miarę możliwości współdziałać z zespołem terapeutycznym w walce ze śmiertelną chorobą.
- Inna część popada w rozpacz i rezygnuje.

Najtrudniejsza grupa pacjentów, którzy się załamują, popadają w rezygnację i zwątpienie, nie współpracują w procesie leczenia. Rolą psychologa jest tu umiejętnie odróżniać, czy postawa taka wynika z faktu pogodzenia się ze śmiertelną diagnozą i czy z poczucia silnego osamotnienia i bezradności wobec nowej sytuacji. Wg Lawrence Le Shan bardziej przydatny w praktyce jest zaproponowany przez R. Buckmana, podział ostatniego okresu życia chorych na nowotwory na trzy etapy.

1. Kübler-Ross W. 1979. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Wydawnictwo Media Rodzina of Poznań. Poznań.

Etap wstępny

Gdy chory zagrożony rychłą śmiercią reaguje na tę sytuację mieszaniną odczuć, które mogą obejmować niektóre lub wszystkie z wymienionych – strach, niepokój, szok, niedowierzanie, gniew, wyparcie (usuwanie ze świadomości w sposób bezwiedny myśli, których uświadomienie powodowałoby lęk), tłumienie, poczucie winy, poczucie humoru, ambiwalencja, nadzieja, rozpacz, targowanie się.

Te reakcje na tragiczną sytuację wywodzą się z poprzednich zachowań i dotychczasowych sposobów radzenia sobie chorego w trudnych sytuacjach życiowych.

Etap przewlekłej choroby

W czasie którego następuje rozwiązanie tych problemów emocjonalnych, które mogą zostać rozwiązane i osłabienie ich intensywności. W tym okresie chory często znajduje się w stanie depresji. Chory może sam rozwiązywać swoje problemy emocjonalne lub potrzebować pomocy z zewnątrz. Nawet przy zapewnieniu dobrej jakości życia i wsparcia zewnętrznego, zdarzają się jednak chorzy, którym trudno jest poradzić sobie z wewnętrznymi problemami i którzy aż do śmierci mogą pozostawać na etapie burzliwych emocji.

Etap akceptacji – pogodzenie z chorobą i rychłą śmiercią

Osiągnięcie tego etapu pomaga w rozładowaniu lęku, umożliwia dokonanie bilansu życiowego, podejmowanie decyzji dotyczących przyszłości, a nawet daje szansę wewnętrznego rozwoju². Wiemy, że pacjenci przez cały czas trwania choroby wypracowują pewien właściwy sobie styl przystosowawczy, będący konstelacją funkcji poznawczych, reakcji uczuciowych i stereotypu zachowań. Posługują się nim we wszystkich etapach choroby, więc także w okresie terminalnym. Sposób przystosowania się do choroby rzutuje na także na ich jakość życia. Greer wymienia pięć zasadniczych form przystosowania:

- „**walczący duch**” – odważny, aktywny, optymistyczny, nie poddaje się,
- „**radzi sobie z chorobą**” za pomocą mechanizmów obronnych (zaprzecza, minimalizuje, zniekształca, unika tematu, czasem prezentuje wisielczy humor),
- „**fatalistyczny**” – spokojnie godzi się z losem, zwykle, wyznając teorię: będzie co ma być,
- **prezentuje postawę „helpless-hopeless”**, charakteryzującą się poczuciem bezradności i beznadziei, połączonym z biernością, uczuciem lęku i przygnębienia,
- **przejawia lękowe zatroskanie**, wyrażające się zagubieniem w drobiazgach, czasem przybiera formy hipochondryczne.

2. De Walden-Gałuszko K. 1998. Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej. W: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. Hebanowski M.; De Walden-Gałuszko K.; Żylicz Z. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa.

Wszyscy zgodnie podkreślają, że dwie ostatnie spośród wymienionych są najgorszymi formami przystosowania, obniżając znacznie ocenę jakości życia, prowadzą często do dezadaptacji, zwanego zespołem psychoterminalnym.

Zespół ten wyraża się zwężeniem zainteresowań i nadmierną koncentracją na stanie zdrowia i objawach choroby. Chorzy niechętnie myślą o przyszłości, chętnie natomiast wracają w przeszłość zwykle wyidealizowaną. Snują wspomnienia, czasem dokonują bilansu życia, przy czym obraz życia i siebie jest przeważnie dość negatywny. Czasem pojawiają się myśli o umieraniu i śmierci. Myślenie charakteryzuje się pewnym stopniem regresji do poziomu myślenia życzeniowego (np. muszę dożyć do ślubu córki) lub myślenia magicznego (np. wiara w uzdrawiającą moc środków pozamedycznych). W sferze uczuciowej przygnębienie, charakterystyczne są także: drażliwość i duża zmienność nastrojów, poczucie winy i małowartościowości, okresowo występuje też lęk.

Różne sposoby myślenia i wypowiedania się o śmierci pozwalają na skonstruowanie oceny dokonywanej przez obserwatorów z zewnątrz odnoszącej się do psychologicznej charakterystyki i orientacji człowieka we własnym życiu przez określenie np. przyjętego systemu wartości, poczucia kontroli nad własnym losem, poczucia sensu życia³.

Typologia ta została zbudowana poprzez zastosowanie analizy czynnikowej pozwalającej na wyodrębnienie pól semantycznych, które są charakterystyczne dla określonego sposobu wypowiedania się o śmierci i umieraniu.

I. Typ biomedyczny

Dominującą cechą w tym typie semiotyzacji umierania i śmierci jest wyeksponowanie aspektów biologicznych i medycznych, traktowanych jako praktyczna sprawność zawodowa. Próby uzasadnienia śmierci prowadzone są tu z punktu widzenia mechanizmów adaptacyjnych gatunku. Konieczność śmierci biologicznej dotyczy obszaru zjawisk świata przyrodniczego, do którego także przynależy człowiek. Próba definiowania śmierci, odwołuje się tu do takich określeń i kryteriów „śmierć mózgu”, „zanik wyższych czynności nerwowych”, „ustanie procesów w organizmie” itp. Jest to rodzaj podejścia instrumentalnego, bowiem wyrażone jest oczekiwanie, że medycyna i biologia odpowiedzą na pytanie, kiedy następuje śmierć i ułatwią w warunkach klinicznych ustalenie tego momentu.

Proces umierania widziany jest głównie poprzez starzenie się organizmu i nie wypełnianie przez poszczególne organy swoich funkcji. Ujęcie to można uznać za redukcjonistyczne, gdyż śmierć ma sens czysto biologiczny i nie jest wiązana jako taka z szeregiem pozabiologicznych wartości i ocen. Jedynie zauważalne są wartości witalne.

3. De Walden-Gałuszko K. 2004. Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej. W: De Walden-Gałuszko K. (red.) Podstawy opieki paliatywnej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa.

„Śmierć jest zjawiskiem naturalnym, procesem fizjologicznym i prawidłowym, bo każdy umiera. Organizm przestaje funkcjonować.”

II. Typ psychologiczno-interakcjonistyczny

Śmierć i proces umierania rozpatrywane są w kategoriach psychologicznych. Ważne jest to, jakie funkcje psychologiczne działają w procesie umierania. Rozważania dotyczą również kwestii, jak należy postępować wobec śmiertelnie chorych, jakie emocje wywołuje śmierć, jakie oczekiwania mają pacjenci. Często zadawane są pytania: jak należy rozmawiać z umierającym? Czy mówić mu o stanie śmiertelnej choroby?

Generalnie rzecz ujmując percepcja śmierci zawiera różne kwestie emocjonalne, poznawcze, behawioralne i interakcyjne. Wspólne jest podłoże psychologiczne i kategorie pojęciowe różnych kierunków psychologii.

„Śmierć wyłania się dla mnie jako klęska, tragedia niszcząca siły psychiczne umierającego, rodziny i lekarzy. Biologicznie potrafię ją zrozumieć, psychologicznie nie będę w stanie nigdy jej zaakceptować. Zbyt dużo mnie to kosztuje.”

anonimowa wypowiedź studenta medycyny IV r.

III. Typ religijno-eschatologiczny

Odnosi się do próby włączenia problematyki śmierci i umierania w ramy chrześcijańskiej teologii śmierci. Temat śmierci uruchamia problematykę nieśmiertelności duszy, jej wędrówki po zaświatach, zbawienia wiecznego, życia jako daru Bożego, a więc i śmierci jako decyzji Boskich („Pan zabrał”), „to Bóg decyduje kto umrze i kiedy”. Interpretowanie śmierci w kręgu tego typu kreśli następujące tezy:

- wiara w Boga pomaga przetrwać trudny okres choroby terminalnej i śmierci zarówno osobie umierającego jak i najbliższej rodzinie,
- należy więc mieć nadzieję, że po śmierci oczekuje nas nagroda za zgodne z przykazaniami życie,
- człowiekowi wierzącemu w Boga jest łatwiej umierać, nie odczuwa on takiego bólu i strachu,
- oceny etyczne służą do wyjaśnienia kwestii teologicznych,
- śmierć jest karą za grzechy, które popełnia człowiek.

IV. Typ społeczno-kulturowy

Temat śmierci jest ujęty w płaszczyźnie refleksji społeczno-kulturowej. Śmierć traktuje się jako ważny problem i fakt o charakterze społecznym.

Wyróżnia się dwa sposoby budowania znaczenia:

- poprzez makrospołeczną problematykę medycyny (np. chorzy na AIDS, wzmożona ich śmiertelność, chorzy na raka, choroby społeczne, potrzeby tworzenia hospicjów).
- przez mikrospołeczną problematykę śmierci jak np. śmierć w rodzinie i jej konsekwencje dla funkcjonowania

więzi, śmierć dzieci, sposoby kontaktowania się z umierającymi, przeżywanie żałoby. Przyjęto tu perspektywę życia codziennego i interakcji społecznych.

„Myśląc o śmierci zazwyczaj widzimy ludzi starych, chorobę terminalną. Ja miałem do czynienia ze śmiercią dziecka. To najbardziej tragiczne przeżycie w rodzinie. Załamuje się cały świat. Unikano siebie wzajemnie, żeby nie przypominać sobie. Wszyscy czuli się winni. Wszyscy się buntowali.”

anonimowa wypowiedź

V. Typ filozoficzny

Filozoficzny typ semiotyzacji śmierci przybiera postać najogólniejszej refleksji nad sensem życia i śmierci. Zaduma dotyczy nieuchronności procesu starzenia się. Konstatowana jest podstawowa właściwość bytowania człowieka w świecie, posiada on rozum pozwalający uświadomić mu biologiczny fakt śmierci. Bo brak jest jednak jakiejś określonej konceptualizacji natury świata i człowieka, odniesienia do określonych koncepcji filozoficznych.

„Śmierć jest czymś strasznym przez to, że mam świadomość śmierci własnej, to rzutuje na moje widzenie świata. Przypominam sobie słowa Epikura – kiedy żyjemy, nie ma śmierci, gdy jest śmierć nie będzie nas. Korzystam z tej maksymy, biorąc życie jakie jest.”

anonimowa wypowiedź

VI. Typ organizacyjny-instytucjonalny

Rozważane są zagadnienia takich instytucji, jak szpitale, hospicja jako miejsca pobytu chorych w stanach terminalnych i związanych z tym spraw organizacyjnych. Poruszane zagadnienia dotyczą medykalizacji śmierci.

„Lekarz jest mistrzem ceremonii śmierci”.

„Za takie pieniądze, jakie płaci się lekarzowi, trzeba być masochistą, aby patrzeć na cierpienia i śmierć ludzi”.

anonimowe wypowiedzi

Ekspozowane są dwa problemy:

- zły stan techniczny szpitali, brak leków i środków, brak troskliwej opieki paliatywnej,
- kwestia wynagrodzenia za pracę lekarzy, zwłaszcza w oddziałach intensywnej terapii i onkologicznych, gdzie śmiertelność jest duża.

Odwoływanie się do teoretycznych ustaleń semiotyki społecznej, socjologii, wiedzy i fenomenologii społecznej oraz ich wykorzystywanie w analizach empirycznych dały szansę na tzw. niemedyczne spojrzenie na problematykę śmierci⁴.

4. Gałuszka M. 1997. (red.) Umierać bez lęku. Wydawnictwo PWN. Warszawa.

Prawo pacjenta do prawdy o śmiertelnej chorobie

Współczesną zasadą postępowania jest przedstawienie chorem prawdziwych, niezbędnych w danej sytuacji informacji co do choroby, leczenia, rokowania.

- Informacji należy udzielić po pełnym rozpoznaniu histopatologicznym choroby.
- Informowany powinien być zdolny do rozumienia własnej choroby.
- Informowany jest sam pacjent, a krewni na jego wyrażone życzenie.
- Rozmowę informacyjną należy przeprowadzić w odpowiednim pomieszczeniu (bez świadków) i o odpowiedniej dla chorego porze. Trzeba unikać okresu głębszego doznania stresu i zakłóceń spokoju pacjenta.
- Informacja powinna być, o ile to możliwe, przekazywana stopniowo. Na jeden raz tylko tyle ile niezbędnie potrzeba dla procesu terapeutycznego.
- Informacja nie powinna zawierać żadnych konkretnych prognoz czasowych (np. tygodnie, miesiące, lata). Należy pamiętać, że dane statystyczne są indywidualnie zróżnicowane.
- Stosować terminologię zrozumiałą dla chorego. Mówić językiem prostym, używać niewielu słów, ponieważ chory w stanie choroby przyswajają tylko niewielką ilość informacji.
- Informowanie pacjenta może i niejednokrotnie wymaga wielu rozmów i powtórzeń. Pod żadnym pozorem nie wolno się dziwić, czy wyśmiewać mocno ograniczonej umiejętności zrozumienia ze strony chorego. Często ma to związek z tendencją do niechęci przyjęcia wiadomości, odrzucenie złej informacji lub ograniczonej możliwości zrozumienia.
- Dla łatwiejszego wyjaśnienia choremu jego sytuacji, należy przedstawić schematyczny przebieg choroby i ewentualnie pokazać wyniki badań np. zdjęcie rtg. itp.
- Przedstawienie pełne, rzetelne i bardzo szczegółowe informacji udzielonej choremu, całemu zespołowi terapeutycznemu. Ma to na celu zachowanie zaufania i wiarygodności personelu zaangażowanego w proces terapii chorego⁵.

Aspekty prawne w informowaniu chorego

Pacjent ma uzasadnione ustawowe i lub regulowane poprzez urzędowe zarządzenia dyrekcji placówek medycznych prawo do pełnego, zrozumiałego, wyczerpującego informowania co do rozpoznania, leczenia, następstw, powikłań i rokowania.

Dopuszcza się sytuacje dla „ochrony” pacjenta, przemilczenie niektórych informacji, które zdaniem lekarza mogą przynieść zły wpływ na stan emocjonalny i somatyczny chorego.

Każdemu lekarzowi prowadzącemu chorego należy pozostawić wolny wybór, co do relacji lekarz-pacjent i prywatności tych stosunków terapeutycznych. Udzielanie informacji o stanie zdrowia chorego innym osobom, może nastąpić

5. Hans-Jürg S.; Drings D.; Glus A.; Jungi W.; Sauer R.; Schlag P. 1995. (red.) Kompendium onkologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa.

jedynie po wyrażeniu zgody chorego. Sytuacja ta rodzi najwięcej konfliktów i roszczeń na gruncie lekarz – pacjent – rodzina, dlatego problem ten jest niezmiernie indywidualny i niepewny.

Należy podkreślić tu również niezmiernie trudne regulacje prawne tych kwestii i dużą swobodę orzekania dla sędziów. Prawo i obowiązek informowania są bardzo trudne dla jednoznacznego prawnego uregulowania. Przenikające się aspekty prawne, moralne, medyczne i ludzkie zaburzają jednomyślność prawnych regulacji⁶.

Zmiana w nastawieniu wobec umierających, dostrzeżenie, a przede wszystkim uznanie jakościowej różnicy między chorym, a umierającym zachodzi z trudem. W świecie anglosaskim proces ten zaczął się na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych, początkowo w kręgu psychologów i socjologów. Mobilizacji środowiska lekarskiego dokonała psychiatra Elizabeth Kübler-Ross, której rozmowy z umierającymi pacjentami amerykańskich szpitali zaowocowały przełomową pracą „Rozmowy o śmierci i umieraniu”. Warunkiem koniecznym, aczkolwiek niewystarczającym, poprawy stosunku do umierających jest zerwanie ze złą milczenia, która od końca XIX w. już prawie nieodmiennie ich otacza. Przywrócenie śmierci godności wymaga przede wszystkim świadomego jej przeżywania, a na lekarzu ciąży powinność poinformowania pacjenta o diagnozie i niepomyślnym rokowaniu⁷.

Art. 17 polskiego „Kodeksu etyki lekarskiej” stanowi:

„W razie niepomyślnej prognozy dla chorego, powinien być o niej poinformowany z taktem i ostrożnością. Wiadomość o rozpoznaniu i złym rokowaniu może nie zostać choremu przekazana tylko w przypadku, jeśli lekarz jest głęboko przekonany, iż ujawnienie spowoduje bardzo poważne cierpienie chorego lub inne niekorzystne dla zdrowia następstwa; jednak na wyraźne żądanie pacjenta lekarz powinien udzielić pełnej informacji”⁸.

Zapisy te mają charakter przełomowy, gdyż tradycja ukrywania prawdy przed nieuleczalnie chorym, umierającym pacjentem i fałszowanie jego stanu bardzo silnie zakorzeniła się w polskiej kulturze. Często wygodne dla lekarzy kłamstwo, motywowane dobrem pacjenta i ochroną jego psychiki przyjmuje postać milczenia. Można ten rodzaj kłamstwa nazwać kłamstwem pedagogicznym⁹.

6. Hans-Jürg S.; Drings D.; Glus A.; Jungi W.; Sauer R.; Schlag P. 1995. (red.) Kompendium onkologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa.

7. Galuszka M. 1997. (red.) Umierać bez lęku. Wydawnictwo PWN. Warszawa.

8. <http://www.kodeks+etyki+lekarskiej>

9. Ossowska M. 1985. Normy moralne – próba systematyzacji. Wydawnictwo PWN. Warszawa.

Belgijski moralista A. Vermeersch poddał tzw. koncepcję dwuznaczników konwencjonalnych, przychylnie cytowanych przez polskiego etyka T. Ślipkę. Dwuznaczniki konwencjonalne są to wyrażenia, które na mocy konwencji nabierają w danej sytuacji sensu innego niż dosłowny i funkcjonują jako oczywiste dla wszystkich sposoby uchylania się od odpowiedzi na pytania z jakichś ważnych względów niewygodne. Są to np. pytania o własny stan zdrowia nieuleczalnych pacjentów. Interpelowane w takich przypadkach osoby uciekają się do zwyczajowo utartych, szablonowych odpowiedzi: „nie wiem”; „nie mam”; „stan poważny, ale są nadzieje”; „zobaczmy”; „na razie sprawa niejasna” itp.

Podstawowy, zasadniczy sens tych wyrażen nie oznacza nic więcej, jak tylko niechęć do podjęcia rozmowy na dany temat i wypowiedzania swej właściwej myśli. Dzieje się to jednak za pomocą zdań, które dzięki nabytej w danych warunkach wieloznaczności czynią to w sposób znośniejszy dla osób pytających aniżeli udzielenie im otwarcie negatywnej odpowiedzi. Z potocznego doświadczenia wiadomo, że pacjenci na ogół zdają sobie sprawę, że lekarze nie mówią im całej prawdy oraz nie uważają ich odpowiedzi za wyczerpującą i wiążącą informację. Z drugiej zaś strony taki sposób załatwienia sprawy jest bardziej zgodny z wymogami społecznej kultury i grzeczności, łagodząc uczucie przykrości, jakie może wywołać ujawnienie bez żadnych osłonek niemiłej czy wręcz bolesnej prawdy. Ponieważ zaś odmienna funkcja znaczeniowa tych wszystkich wyrażen jest w danych środowiskach tajemnicą poliszynela, nie znaną co najwyżej bardzo prostym i naiwnym umysłem, przeto nie naruszają one wymogów prawdomówności. Po prostu nie ma żadnych podstaw, aby zaliczyć je do kategorii kłamstwa. Z tego tytułu, kiedy zachodzą wystarczające po temu racje – a takie racje na pewno mają miejsce, gdy można się spodziewać niepożądanych reakcji ze strony ciężko chorego – mogą być i bywają bez moralnej skazy stosowane przez lekarzy oczywiście w obrębie znanych w określonym środowisku i zaakceptowanych społecznie konwencji. W tym zakresie nie obowiązuje ścisły nakaz informowania pacjenta o rzeczywistym stanie jego zdrowia, wystarczy, że wie o tym otoczenie¹⁰.

Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej także nawiązuje do zachowania poczucia godności życia ludzkiego i umierania w pełnym poszanowaniu Jego Człowieczeństwa.

Punkt 1 podpunkt c stanowi: „udzielania pacjentowi rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej procesu pielęgnowania”¹¹.

Punkt 6 części szczegółowej kodeksu etyki stanowi:

10. Ślipko T. 1994. Granice życia – dylematy współczesnej bioetyki. Wydawnictwo Akademii Medycznej. Kraków.

11. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej Łódź 2005r.OIPIP w Łodzi

„Pielęgniarka/położna powinna dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną, godne warunki umierania wraz z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości”¹².

Na podstawie własnych spostrzeżeń wiem, że u pacjentów poinformowanych o nieuchronnie zbliżającej się śmierci, dochodzi po pewnym czasie do wykształcenia się mechanizmów obronnych. Pozwalają one na częściową redukcję niepokoju, którego szczytem jest stan, w jakim się człowiek znajduje po uzyskaniu wiadomości o zapowiedzianej śmierci. Wśród wielu mechanizmów obronnych występuje również intelektualizacja, tzn. oddzielenie uczuć od myśli i przyjęcie wobec choroby postawy poznawczej, a także sublimacja polegająca na uczynieniu swoich negatywnych doznań, przesłanką wyrafinowanych dążeń. Pacjent często pragnie wziąć udział w procesie umierania jako „eksperymentalnie badawczym” dając sobie szansę do podjęcia własnej misji wobec choroby. Jest to zachowanie wyrażające poznawczy stosunek do własnej śmiertelnej choroby. Postawa taka przynosi uspokojenie i daje subiektywne poczucie sensu. Umieranie jest procesem posiadającym własną dynamikę i dramaturgię. Badania kliniczne przychodzą tutaj w sukurs postulatowi etycznym.

Sławna konceptualizacja etapów umierania dokonana przez E. Kübler-Ross, a także mniej znana, ale również interesująca koncepcja E. M. Patissona pokazują, że śmierć wymaga czasu na przygotowanie się do spotkania z nią. Jeśli chory nieuleczalnie został prawdziwie poinformowany przez lekarza, proces przygotowania się do śmierci zostaje uruchomiony już od chwili otrzymania informacji i człowiekowi pozostawione jest więcej czasu na duchowe i życiowe dojrzewanie do ostatniego etapu. Gdy jednak zabraknie tej rozmowy, pacjenta wyczerpują jałowe podejrzenia i samotnie przeżywana depresja, lęk i rozpacz. Bowiem złą milczenia, jeśli nawet była zawiązana w dobrej wierze, jest przede wszystkim nieskuteczna. Badania przedstawione przez A. Ostrowską wykazują, że większość utrzymywanych w nieświadomości pacjentów i tak zdaje sobie sprawę ze swego stanu¹³.

Obserwacje kliniczne wykazują, że stan psychiczny umierającego jest lepszy, jeśli może nawiązać ze swoim otoczeniem kontakt pozwalający na dzielenie się refleksjami, a także niepokojem i lękiem. W bioetyce lekarskiej (etyce lekarskiej) poszanowanie godności pacjenta wyraża się przede wszystkim w uznaniu jego autonomii. Na straży wartości autonomii stoi zasada *informed consent* (świadoma zgoda po poinformowaniu) u nas rozumiana jako zasada zgody pacjenta, iż zgoda pacjenta na działania lekarskie wyrażona jest na podstawie informacji udzie-

12. Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej Łódź 2005 r. OIPIP w Łodzi

13. Ślipko T. 1994. Granice życia – dylematy współczesnej bioetyki. Wydawnictwo Akademii Medycznej. Kraków.

lonej przez lekarza. Zasada ta dotyczy nie tylko chorych rokujących wyleczenie, ale także chorych nieuleczalnie. Zatem poszanowanie autonomii umierającego pacjenta domaga się pełnej prawdomówności lekarza. Lekarze, niestety, nie są na ogół przygotowani do prowadzenia rozmów o śmierci. Nie są przygotowani intelektualnie, nie posiadają odpowiedniej wiedzy merytorycznej, tanatologicznej ani psychologicznej.

Ponadto jako ludzie naszej kultury zapomnienia śmierci i naszych czasów ucieczki od myślenia i mówienia o niej, nie są również gotowi psychicznie do podjęcia tej tematyki. Dlatego sztuka „dobrego umierania” – wspomaganie umierających spoczywa na barkach psychologów i wymaga przede wszystkim przełamania podstawowej trudności: nieumiejętności i niemożności udźwignięcia rozmowy, która gdy diagnoza jest niepomyślna i rokowanie poważne, musi być także rozmową o śmierci. Przeprowadzenie rozmowy z umierającym jest momentem inicjującym zawiązanie się wspólnoty tanatologicznej łączącej psychologa – będącego odtąd dla niego – Ty z pacjentem i jego Ja. Wówczas dopiero otwiera się zadanie umiejętnej pomocy w przebywaniu drogi ku zdarzeniu ostatecznemu, ku fenomenowi śmierci¹⁴.

Literatura:

Kübler-Ross W. 1979. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Wydawnictwo Media Rodzina of Poznań. Poznań.

De Walden-Gałuszko K. 1998. Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej. W: Podstawy opieki paliatywnej w chorobach nowotworowych. Hebanowski M.; De Walden-Gałuszko K.; Żylicz Z. (red.) Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa.

Galuszka M. 1997. (red.) Umierać bez lęku. Wydawnictwo PWN. Warszawa

Hans-Jürg S.; Drings D.; Glus A.; Jungi W.; Sauer R.; Schlag P. 1995. (red.) Kompendium onkologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa.

Hans-Jürg S.; Drings D.; Glus A.; Jungi W.; Sauer R.; Schlag P. 1995. (red.) Kompendium onkologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa.

Hans-Jürg S.; Drings D.; Glus A.; Jungi W.; Sauer R.; Schlag P. 1995. (red.) Kompendium onkologii. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa.

Galuszka M. 1997. (red.) Umierać bez lęku. Wydawnictwo PWN. Warszawa.

<http://www.kodeks+etyki+lekarzkiej>

Ossowska M. 1985. Normy moralne – próba systematyzacji. Wydawnictwo PWN. Warszawa.

Ślipko T. 1994. Granice życia – dylematy współczesnej bioetyki. Wydawnictwo Akademii Medycznej. Kraków

Galuszka M. 1997. (red.) Umierać bez lęku. Wydawnictwo PWN. Warszawa

Ślipko T. 1994. Granice życia – dylematy współczesnej bioetyki. Wydawnictwo Akademii Medycznej. Kraków

dr n. o zdrowiu Grażyna Kozak
Wojewódzki Zespół ZOZ Centrum Leczenia
Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łagiewnikach

Nowotworek

Jestem Nowotworek
Czarny mam humorek.
Lubię Was pomęczyć
I trochę podręczyć.

Rosnę potajemnie,
A siła tkwi we mnie.
Czynię spustoszenie
Na Wasze życie.

Co to? Rozpacz dzika.
Jest profilaktyka?
Och! Co to się dzieje?
„Wiatr mi w oczy wieje!”

Gdy się tylko tworzę,
Gdy tylko powstaję,
Niszczą mnie i trują,
Albo wycinają.

Ta profilaktyka
Nie daje „pofikać”.
Szybko mnie dopada,
gdy się wcześniej bada.

Odkąd są Programy,
My życia nie mamy.
Bach! Profilaktyka!
I ślad po nas znika.

Justyna Kamińska

Justyna Kamińska
pielęgniarka, Oddział Neurologii, Wojewódzki Szpital
Dziecięcy w Bydgoszczy

Wiesz „Nowotworek” ma pomóc w dotarciu do ludzi, przełamaniu ich psychicznych blokad i sprowokowania do korzystania z istniejących programów profilaktycznych do walki z chorobą nowotworową.

1. Ochrona zdrowia pracujących

2. Problemy zdrowotne pielęgniarek i położnych związane z ich pracą

cz. 1

mgr ELŻBIETA MIELCZAREK-PANKIEWICZ

WSTĘP

- Pielęgniarki i położne są w swojej pracy często narażone na liczne czynniki uciążliwe i szkodliwe, które mają niekorzystny wpływ nie tylko na ich kondycję psycho-fizyczną, ale również na zdrowie i bezpieczeństwo osób znajdujących się pod opieką tego personelu. Chcąc dbać o zdrowie innych, nie sposób zapominać o własnym, zwłaszcza że narastać będą obciążenia zdrowotne związane z niedoborem kadr pielęgniarzów i wydłużaniem czasu pracy zawodowej. Celem niniejszego (obszernego) opracowania jest próba przedstawienia sposobów jeśli nie eliminowania/rozwiązywania to przynajmniej ukazania możliwości zapobiegania problemom zdrowotnym, co często zależy od samych zainteresowanych, o ile w pełni ponoszą odpowiedzialność za swoje zdrowie.
-

1. OCHRONA ZDROWIA PRACUJĄCYCH

1.1. Medycyna pracy i zakres jej zainteresowań

Wpływem warunków pracy na stan zdrowia człowieka zajmuje się medycyna pracy, czyli zespół wielu dyscyplin naukowych, takich jak: higiena pracy, toksykologia, kliniczna patologia zawodowa, fizjologia pracy i ergonomia, psychologia oraz socjologia pracy, epidemiologia, zdrowie publiczne

czy promocja zdrowia w miejscu pracy. Higienę pracy interesuje środowisko i warunki zatrudnienia, czynniki występujące w pracy oraz sposoby ich oceny/pomiaru i zapobiegania ich szkodliwemu wpływowi na zdrowie. Toksykologia zajmuje się zatruciami. Kliniczna patologia zawodowa koncentruje się na chorobach zawodowych. Fizjologię pracy i ergonomię zajmuje przystosowanie warunków pracy do możliwości człowieka. Psychologia pracy rozpatruje psychiczne możliwości jednostki, a socjologia – aspekty społeczne zakładu pracy traktowanego jako grupa/system społeczny. Epidemiologię interesują problemy zdrowotne populacji, które wyznaczają kierunek polityki zdrowotnej państwa, w tym promocji zdrowia społeczeństwa/pracujących.

1.2. Higiena pracy

Higiena pracy jest to nauka, której celem jest poznanie wpływu otoczenia na zdrowie człowieka. Zajmuje się ona środowiskiem pracy, czyli warunkami otoczenia, w którym odbywa się proces pracy. Warunki pracy to zespół czynników występujących w środowisku pracy, wynikających z procesu/wykonywania pracy zawodowej. Podstawowe pojęcia z zakresu higieny pracy dotyczą czynników występujących w środowisku pracy. Są to czynniki: uciążliwe, szkodliwe, niebezpieczne/urazowe, a także czynniki materialne: biologiczne,

chemiczne i fizyczne oraz niematerialne: psychospołeczne, organizacyjne, ergonomiczne i związane ze sposobem wykonywania pracy.

Czynniki uciążliwe wywołują u pracującego dyskomfort – na przykład hałas, który w pewnych warunkach może stać się ewidentnym czynnikiem szkodliwym – uszkadzającym nie tylko wybiórczo słuch, ale ujemnie oddziałującym na cały organizm. **Czynniki niebezpieczne** (na przykład ostre narzędzia) mogą być przyczyną wypadków i urazów występujących w środowisku pracy.

Przykładami **czynników biologicznych** są makro- i mikroorganizmy roślinne, zwierzęce oraz ich toksyny i alergeny, na przykład wirusy wywołujące WZW, HIV, prątki gruźlicy, grzyby, pierwotniaki.

Czynniki chemiczne/toksyczne występują w postaci: aerozoli, cieczy, gazów, par, ciał stałych i wchłaniają się drogami oddechowymi, przez skórę oraz przewód pokarmowy. Mają działanie: duszące, drażniące, mutagenne, rakotwórcze, toksyczne, uczulające, żrące. Należą do nich na przykład: amoniak, arsen, tlenki azotu, benzen, chlor, chrom, dwusiarczek/tlenek węgla, fenol, fluor, fosfor, nikiel, ołów, pestycydy, rtęć, siarkowodór, tlenki siarki, chlorek winylu, cytostatyki.

Czynniki fizyczne to pola/promieniowanie elektromagnetyczne, elektrostatyczne, jonizujące, optyczne (nadfioletowe, podczerwone, laserowe), hałas, wibracja/drgania, pyły, mikroklimat (ciśnienie, temperatura, ruch i wilgotność powietrza).

Na **czynniki psychospołeczne** składają się tempo pracy, jej ilość, jakość oraz organizacja, a także relacje międzyludzkie.

Do **ergonomicznych czynników** zalicza się np.: wysiłek fizyczny, wymuszoną pozycję ciała, dźwiganie ciężarów, pracę na wysokości, zmianową, wymagającą długotrwałego wysiłku głosowego.

Higiena pracy posługuje się licznymi pojęciami, z których do podstawowych należą: narażenie – czyli przyczyna; jest to fizyczny kontakt z czynnikiem, wyrażony jego stężeniem, natężeniem i czasem trwania; to podleganie oddziaływaniu czynników środowiska pracy (na przykład kontakt

z azbestem, cytostatykami). Ryzyko zawodowe/zdrowotne – to prawdopodobieństwo, możliwość niepożądanego, negatywnego/szkodliwego efektu w wyniku narażenia (na przykład ryzyko nowotworów przy narażeniu na wymienione powyżej czynniki rakotwórcze). Zagrożenie – inaczej skutki – to stan środowiska pracy mogący spowodować wypadek lub chorobę (na przykład narażenie na azbest, czy leki cytostatyczne, osoby palącej tytoń może spowodować raka płuc). Synergizmem nazywa się wzajemne wzmacnianie, potęgowanie działania czynników szkodliwych (na przykład czynniki rakotwórcze: azbest + palenie, to nie jak $1+1=2$, tylko $1+1=50$ (możliwość aż 50-krotnego wzrostu ryzyka nowotworu płuc). Narząd krytyczny – docelowego działania – to narząd, w którym najszybciej obserwuje się szkodliwe skutki narażenia (w tych przykładach – płuco). Higiena pracy posługuje się takimi pojęciami, jak normatyw higieniczny. Jest to: prawnie ustanowiona średnia wartość stężenia czynnika szkodliwego dla zdrowia w powietrzu środowiska pracy, która nie powinna być przekroczona w okresie, którego dotyczy. Normatywy higieniczne określają najwyższe dopuszczalne stężenia (NDS) i natężenia (NDN) czynników szkodliwych dla zdrowia na stanowisku pracy. Najwyższe dopuszczalne stężenie (NDS) oznacza – wartość średnią (ważoną) stężenia czynnika szkodliwego, którego oddziaływanie na pracownika w ciągu 8-godzinnego dobowego i przeciętnego tygodniowego wymiaru czasu pracy (określonego w Kodeksie pracy) przez okres jego aktywności zawodowej nie powinno spowodować ujemnych zmian w jego stanie zdrowia oraz stanie zdrowia jego przyszych pokoleń. Najwyższe dopuszczalne natężenia (NDN) dotyczą czynnika fizycznego – na poziomie szkodliwym dla zdrowia – którego oddziaływanie na pracownika w okresie jego aktywności zawodowej nie powinno spowodować ujemnych zmian w stanie jego zdrowia oraz w stanie zdrowia jego przyszych pokoleń.

Pielęgniarki powinny interesować się, czy w ich zakładzie pracy są dokonywane pomiary NDS

i NDN ewentualnych czynników szkodliwych dla zdrowia oraz zaznajamiać się z ich wynikami i pytać służby odpowiedzialne za BHP, czy nie są przekraczane normy/normatywy.

1.3. Patologia zawodowa

Istotą medycyny pracy jest kliniczna patologia zawodowa, koncentrująca się na chorobach zawodowych. Choroby zawodowe są niechlubnym dowodem niemożności stosowania skutecznych zasad ich zapobiegania, czyli profilaktyki (o charakterze medycznym, organizacyjno-prawnym i technicznym) w miejscu pracy. Społeczno-ekonomiczne skutki chorób zawodowych to: choroby/niepełnosprawność, absencja chorobowa, urlopy, zasiłki, renty, odszkodowania za skutki choroby (a nie za samą chorobę, która nie jest równoznaczna z niezdolnością do pracy). Według Kodeksu pracy: **za chorobę zawodową uważa się chorobę wymienioną w wykazie chorób zawodowych, jeżeli w wyniku oceny warunków pracy można stwierdzić bezspornie lub z wysokim prawdopodobieństwem, że została ona spowodowana działaniem czynników szkodliwych dla zdrowia występujących w środowisku pracy albo w związku ze sposobem wykonywania pracy, zwanych „narażeniem zawodowym”**. Natomiast choroba związana z pracą – parazawodowa, psychospołeczna, cywilizacyjna, o dużym znaczeniu społecznym, to choroba: przewlekła; występująca z dużą częstością w populacji ogólnej; o wieloczynnikowej etiologii (czynniki ryzyka – sprzyjające jej rozwojowi – to między innymi: niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej, predyspozycje genetyczne); na której rozwój i przebieg ma niekorzystny wpływ praca zawodowa. Chorobą związaną z pracą jest na przykład: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, niedokrwienna choroba serca, choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, zaburzenia zachowania, zespoły bólowe kręgosłupa.

Liczba stwierdzanych chorób zawodowych w Polsce z roku na rok maleje, na co ma wpływ między innymi profilaktyka (na przykład wpro-

wadzenie szczepień przeciw WZW u pracowników medycznych czy jednorazowego/bezpiecznego sprzętu), a także sytuacja na rynku pracy – mniejsza liczba zakładów i zatrudnionych czy obawy tych ostatnich przed utratą pracy w razie ujawnienia kłopotów zdrowotnych. Na przestrzeni ponad 30 lat liczba stwierdzanych chorób rocznie wahała się od ponad 11 tysięcy (rok 1995) do ponad 2500 w 2011 roku. (Tabela 1.)

Tabela 1.

Liczba stwierdzanych chorób zawodowych w Polsce od roku 1980 do 2011

Rok	Liczba chorób zawodowych
1980	8305
1985	8626
1990	9326
1995	11320
2000	7339
2005	3249
2010	2933
2011	2562

Wśród chorób od wielu lat dominują pylice płuc u górników (blisko 1/3 ogólnej liczby stwierdzanych chorób). Równie ważnym problemem są ostatnio choroby zakaźne wśród pracowników leśnictwa i rolnictwa (w tym – borelioza – choroba przenoszona przez kleszcze), stanowiące 1/4 ogółu stwierdzanych rocznie chorób zawodowych w Polsce (Tabela 2.).

Tabela 2.

Struktura stwierdzanych chorób zawodowych w Polsce w roku 2011:

Lp.	Rodzaj choroby	Odsetek (%)
1	Pylice płuc	27,5
2	Choroby zakaźne i pasożytnicze	25,3
3	Obustronny trwały ubytek słuchu	10,1
4	Przewlekłe choroby narządu głosu	8,9
5	Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego	7,1
6	Przewlekłe choroby narządów ruchu	3,9
7	Choroby skóry	3,2

Wbrew oczekiwaniom pielęgniarek – brak w obowiązującym wykazie chorób zawodowych

chorób kręgosłupa (dolegliwości bardzo powszechne u większości społeczeństwa), stąd nasuwa się wniosek o konieczności profilaktyki. Dowodem skuteczności zapobiegania jest na przykład zdecydowanie mniejsza liczba chorób zakaźnych, stwierdzanych na przestrzeni ostatnich lat wśród pracowników medycznych, po wprowadzeniu takich środków zapobiegawczych, jak szczepienia, bezpieczny sprzęt, edukacja zdrowotna. (Tabela 3.).

Tabela 3.
Choroby zawodowe u pracowników ochrony zdrowia

Rok	1976	2006	201	2011
Liczba chorób	1024	246	220	183
z tego choroby zakaźne			40%	68%
w tym WZW			70%	70%
w tym gruźlica			30%	30%

Choroby zawodowe są rozpoznawane głównie po 20-letnim narażeniu, między: 50 a 59 rokiem życia u blisko 50% pracujących; między 40 a 49 rokiem życia u ponad 20%; u pracowników do 29 roku życia – występują głównie choroby alergiczne.

Podstawą prawną dotyczącą chorób zawodowych są rozporządzenia w sprawie chorób zawodowych oraz sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób.*

Wykaz chorób zawodowych zawiera 26 podstawowych jednostek chorobowych. Przy zgłaszaniu podejrzenia choroby zawodowej istotny jest okres czasu (określony w wykazie przy każdej chorobie), w którym wystąpienie udokumentowanych objawów chorobowych upoważnia do rozpoznania choroby zawodowej pomimo wcześniejszego zakończenia pracy w narażeniu zawodowym.

Skrócony wykaz chorób zawodowych

(wytluszczonym drukiem oznaczono choroby najczęściej stwierdzane u pielęgniarek i położnych):

1. Zatrucia ostre i przewlekłe (...)
2. Gorączka metaboliczna
3. Pylice płuc (...)
4. Choroby opłucnej lub osierdzia wywołane płynem azbestu
5. Przewlekłe zapalenie oskrzeli (...)

6. Astma oskrzelowa
7. Zewnątrzpochodne alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych
8. Ostre uogólnione reakcje alergiczne
9. Bysinoza
10. Przedziurawienie przegrody nosa
11. Przewlekłe choroby narządu głosu
12. Choroby wywołane działaniem promieniowania jonizującego (...)
13. Nowotwory złośliwe (...)
14. Choroby skóry
15. Przewlekłe choroby układu ruchu
16. Przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (...)
17. Obustronny trwały ubytek słuchu
18. Zespół wibracyjny (...)
19. Beryloza
20. Choroby płuc wywołane płynem metali twardych
21. Alergiczny nieżyt nosa
22. Zapalenie obrzękowe krtani o podłożu alergicznym
23. Choroby wywołane pracą w warunkach podwyższonego ciśnienia atmosferycznego (...)
24. Choroby wywołane działaniem wysokich albo niskich temperatur (...)
25. Choroby układu wzrokowego (...)
26. Choroby zakaźne lub pasożytnicze

Procedura stwierdzania chorób zawodowych składa się z trzech podstawowych etapów:

1. Zgłoszenia podejrzenia choroby.
2. Uzyskania orzeczenia lekarskiego o jej rozpoznaniu.
3. Wydania decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej.

Szczegółowy tryb postępowania przy uzyskiwaniu decyzji o stwierdzeniu choroby zawodowej jest dość skomplikowany i obejmuje kolejno następujące etapy:

1. **Podejrzenie choroby** (z powiadomieniem państwowego inspektora sanitarnego/PIS i okręgowego inspektora pracy/OIP) zgłasza lekarz/lekarz dentyista, pracodawca, pracownik/były pracownik i w efekcie pracownik otrzymuje skierowanie (przez lekarza) do jednostki orzeczniczej na badanie w celu wydania orzeczenia o rozpoznaniu choroby zawodowej (lub braku podstaw do jej rozpoznania).

2. **Orzeczenie o rozpoznaniu** (lub nie) choroby wydaje uprawniony lekarz specjalista z jednostki orzeczniczej I stopnia (na przykład wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy/WOMP) i II stopnia (na przykład instytutu medycyny pracy/IMP) na podstawie wyników badań lekarskich i pomocniczych, dokumentacji medycznej i na temat przebiegu zatrudnienia oraz karty oceny narażenia zawodowego, które przesyła się do PIS, pracownika, osoby zgłaszającej podejrzenie choroby.

3. **Decyzję o stwierdzeniu choroby** zawodowej (lub braku podstaw do jej stwierdzenia) na podstawie orzeczenia lekarskiego o rozpoznaniu i oceny narażeń zawodowych wydaje PIS, który przesyła ją pracownikowi, pracodawcy, jednostce orzeczniczej, OIP, a kartę stwierdzenia choroby zawodowej – do IMP w Łodzi. Pracodawca przesyła do IMP i PIS zawiadomienie o skutkach choroby zawodowej; IMP i PIS prowadzą rejestry chorób zawodowych i skutków tych chorób. Należy pamiętać o istniejącej możliwości odwołań osób zainteresowanych na każdym etapie procedury.

Pracodawca jest zobowiązany (na podstawie art. 235–237 Kodeksu pracy):

- stosować środki zapobiegające chorobom zawodowym,
- przenieść pracownika do innej pracy na podstawie orzeczenia lekarskiego,
- niezwłocznie zgłosić inspektorom sanitarnemu i pracy każdy wypadek podejrzenia/rozpoznania choroby zawodowej,
- ustalić przyczyny powstawania chorób zawodowych,
- przystąpić niezwłocznie do usunięcia czynników powodujących powstanie choroby zawodowej i zastosować inne niezbędne środki zapobiegawcze,
- zapewnić realizację zaleceń lekarskich,
- prowadzić rejestr podejrzeń i przypadki stwierdzonych chorób zawodowych,
- zawiadomić o skutkach choroby zawodowej IMP i PIS,
- systematycznie analizować przyczyny wypadków przy pracy, chorób zawodowych i stosować właściwe środki zapobiegawcze.

1.4. Profilaktyka miejscu pracy

Istotne jest ujednoczenie terminów określających zagadnienia dotyczące działań profilaktycznych/zapobiegawczych stosowanych także w środowisku pracy. Pierwotnie funkcjonowało pojęcie prewencja – oznaczająca redukcję zagrożeń. Profilaktykę, utożsamianą z zapobieganiem, dzieli się na wczesną – 1-rzędową nieswoistą, polegającą na zapobieganiu powstawaniu chorób, umacnianiu zdrowia poprzez zdrowy styl życia i pracy (BHP) oraz profilaktykę wczesną swoistą, do której zalicza się na przykład szczepienia. Profilaktyka wtórna, 2-rzędowa, to wczesne wykrywanie chorób z uwzględnieniem czynników ryzyka. Będą to na przykład badania profilaktyczne pracowników. Trzeciorzędowa profilaktyka to inaczej leczenie, rehabilitacja, czyli zapobieganie pogłębianiu się chorób, powikłaniom, niepełnosprawności. Stosowany ostatnio termin promocja zdrowia oznacza potęgowanie, utrzymanie zdrowia właśnie poprzez profilaktykę oraz edukację i wychowanie zdrowotne, które polegają na przekazywaniu wiedzy (dawna tak zwana „oświata zdrowotna”); uczeniu umiejętności; motywowaniu; stworzeniu możliwości promowania zdrowia przez odbiorców wiedzy i do przejawiania przez nich zachowań zdrowotnych. Istotna też jest polityka zdrowotna promująca zdrowie, do której należą na przykład realizowane narodowe programy zdrowia.

W środowisku pracy stosuje się trzy podstawowe rodzaje przedsięwzięć zapobiegawczych. Jest to profilaktyka techniczna, którą można podzielić na – zbiorową, a której przykładami może być wprowadzona w miejscu pracy automatyzacja, hermetyzacja, klimatyzacja, ekrany, filtry, osłony, pomiary NDS/NDN, oraz profilaktykę indywidualną, czyli stosowanie środków ochrony indywidualnej/osobistej (na przykład masek, rękawiczek) i odzieży roboczej. Profilaktyką o charakterze organizacyjno-prawnym są funkcjonujące w zakładzie regulaminy, na/zakazy, nadzór, instrukcje, standardy, rotacja pracowników, ich szkolenia, urlopy. Wreszcie profilaktyka medyczna to realizowane badania profilaktycz-

ne pracowników, czynne poradnictwo, edukacja zdrowotna, sanatoria, szczepienia, bezpieczne i higieniczne warunki pracy (BHP), zdrowy styl życia pracujących.

1.5. Organizacja ochrony zdrowia pracujących w Polsce

W Polsce organizację i zadania opieki zdrowotnej nad pracującymi reguluje ustawa o służbie medycyny pracy/SMP). Określa ona między innymi zadania pracodawcy zobowiązanego do współdziałania z pracownikami SMP (między innymi lekarzami, pielęgniarkami, psychologami) w zakresie objęcia profilaktyczną opieką zdrowotną pracowników. Do opieki tej zalicza się:

- ograniczanie szkodliwego wpływu pracy na zdrowie, w szczególności przez rozpoznawanie i ocenę ryzyka zawodowego, czynników występujących w środowisku pracy;
- informowanie pracodawców i pracujących o możliwości wystąpienia niekorzystnych skutków zdrowotnych;
- udzielanie im porad w zakresie organizacji pracy, ergonomii, fizjologii i psychologii pracy;
- wykonywanie badań wstępnych, okresowych i kontrolnych, przewidzianych w Kodeksie pracy;
- ocenę możliwości wykonywania pracy;
- działalność konsultacyjną, diagnostyczną, orzeczniczą w zakresie patologii zawodowej;
- prowadzenie czynnego poradnictwa w stosunku do chorych;
- wykonywanie szczepień ochronnych;
- monitorowanie stanu zdrowia osób szczególnego ryzyka (młodocianych, kobiet w wieku rozrodczym i ciężarnych, niepełnosprawnych, osób wykonujących pracę w warunkach przekroczenia normatywów higienicznych);
- prowadzenie ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej, uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową; organizowanie i udzielanie pierwszej pomocy medycznej;
- inicjowanie i realizowanie promocji zdrowia;
- inicjowanie działań pracodawców na rzecz ochrony zdrowia pracowników i udzielania im

pomocy w ich realizacji, prowadzenie analiz stanu zdrowia pracowników, zwłaszcza dotyczących występowania oraz przyczyn chorób zawodowych i wypadków przy pracy;

- gromadzenie, przechowywanie i przetwarzanie informacji o narażeniu i ryzyku zawodowym oraz stanie zdrowia osób objętych profilaktyczną opieką zdrowotną.

Współdziałanie SMP z pracodawcami polega między innymi na: wzajemnej wymianie informacji o zagrożeniach zdrowia i inicjatywach prozdrowotnych na rzecz pracujących; wykonywaniu przez SMP świadczeń zdrowotnych na podstawie zawartej pisemnej umowy z pracodawcą; działalności naukowej, szkoleniowej, konsultacyjnej. Personel SMP prowadzi dokumentację medyczną osób objętych zakresem ich działania, a dane zawarte w dokumentacji medycznej są objęte tajemnicą zawodową i służbową.

1.6. Badania profilaktyczne

Kodeks pracy/Kp określa rodzaje profilaktycznych badań lekarskich pracowników, do których należą badania:

- **wstępne** (obowiązujące przed podjęciem pracy lub zmianą stanowiska);
- **okresowe** (mające na celu systematyczną kontrolę zdrowia pracownika);
- **kontrolne** (wykonywane po 30 dniach nieobecności w pracy z powodu choroby).

Istnieje możliwość korzystania także z badań końcowych, zwłaszcza przez osoby kończące pracę w szkodliwych warunkach, a także badań przesiewowych/celowanych, mających na celu wykrywanie chorób o dużym znaczeniu społecznym (na przykład cukrzycy, nowotworów). Pielęgniarki, jako osoby odpowiedzialne za zdrowie innych, powinny także dbać o własne zdrowie i korzystać z każdej możliwości poddawania się profilaktycznym badaniom.

Obowiązujące Rozporządzenie MZiOS w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń le-

karskich wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy* jest podstawowym przepisem prawnym regulującym zakres wstępnych, okresowych i kontrolnych badań lekarskich pracowników, o których mowa w Kp, zwanych „badaniami profilaktycznymi”, tryb ich przeprowadzania oraz sposób dokumentowania i kontroli tych badań. Rozporządzenie to określa:

- częstotliwość wykonywania badań okresowych;
- zakres profilaktycznej opieki nad pracownikami;
- tryb wydawania i przechowywania orzeczeń lekarskich o: 1. utracie przez pracownika zdolności do wykonywania dotychczasowej pracy; 2. konieczności przeniesienia pracownika do innej pracy ze względu na stwierdzenie szkodliwego wpływu wykonywanej pracy na zdrowie pracownika; 3. stwierdzających, że ze względu na stan ciąży kobieta nie powinna wykonywać pracy dotychczasowej; 4. stwierdzających, że dana praca zagraża zdrowiu młodocianego; 5. o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy na określonym stanowisku; 6. stwierdzających u pracownika objawy wskazujące na powstawanie choroby zawodowej i 7. stwierdzających niezdolność do wykonywania dotychczasowej pracy u pracownika, który uległ wypadkowi przy pracy lub u którego stwierdzono chorobę zawodową, lecz nie zaliczono go do żadnej z grup inwalidów.

Pielęgniarki powinny zapoznać się z omawianym Rozporządzeniem w sprawie badań profilaktycznych, gdyż zawiera ono tak ważne – dla osób ponoszących odpowiedzialność za zdrowie własne i innych – informacje, jak:

- czynniki szkodliwe lub uciążliwe (z ich wykazem i podziałem na czynniki fizyczne, pył przemysłowy, czynniki toksyczne, biologiczne i inne);
- zakres badań wstępnych, pomocniczych oraz okresowych i ich częstotliwość;
- zakres ostatniego badania okresowego;
- narządy/układy krytyczne oraz uwagi.

Na przykład, jeśli pracownik jest narażony na zagrożenia związane z obsługą monitorów ekra-

nowych, obowiązują go ogólne badania lekarskie wstępne, okresowe oraz końcowe, ze zwróceniem uwagi na skórę, układ ruchu w obrębie kończyn górnych, kręgosłupa szyjnego; badanie okulistyczne i dermatologiczne – w zależności od wskazań; zalecana częstotliwość badań okresowych – co 4 lata; narządami krytycznymi są tkanki okołostawowe w obrębie kończyn górnych, skóra, zwłaszcza twarzy (trądzik różowaty); wskazana jest ewentualna konsultacja ortopedyczna.

Należy pamiętać, że **badanie profilaktyczne przeprowadza się na podstawie skierowania wydanego przez pracodawcę, które powinno zawierać:**

- **określenie rodzaju badania** profilaktycznego, jakie ma być wykonane;
- **określenie stanowiska pracy**, na którym pracownik będzie lub jest zatrudniony;
- **informacje o występowaniu na stanowiskach czynników szkodliwych**, uciążliwych oraz aktualne wyniki badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, wykonanych na tych stanowiskach.

Badanie profilaktyczne kończy się orzeczeniem lekarskim – zaświadczeniem stwierdzającym brak przeciwwskazań bądź przeciwwskazania zdrowotne do pracy na określonym stanowisku pracy na podstawie wyników przeprowadzonego badania lekarskiego oraz oceny zagrożeń dla zdrowia i życia pracownika, występujących na stanowisku pracy, według przekazywanej przez pracodawcę informacji o występowaniu czynników szkodliwych lub uciążliwych dla zdrowia, w tym również aktualnych wyników badań i pomiarów tych czynników. Informacje te powinny być uzupełnione przez spostrzeżenia z przeprowadzonych wizytacji stanowisk pracy przez służby SMP i BHP. Orzeczenia lekarskie są przekazywane pracownikowi i pracodawcy. Jeśli któryś z nich nie zgadza się z treścią wydanego zaświadczenia może wystąpić w ciągu 7 dni z wnioskiem o przeprowadzenie ponownego badania.

Zarówno badania, jak i inne zadania profilaktyczne w zakładzie pracy, w którym występują

czynnikami szkodliwe wymagają od lekarzy, oraz współpracujących z nimi pielęgniarek służby medycyny pracy, odpowiednich kwalifikacji podyplomowych.

1.7. Główne podstawy prawne dotyczące ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracujących

Istnieje wiele przepisów prawnych dotyczących opieki profilaktycznej nad pracownikami*. Głównym i podstawowym jest Kodeks pracy oraz inne ustawy, na przykład Ustawa o służbie medycyny pracy, ponadto rozporządzenia, na przykład w sprawie ogólnych przepisów BHP czy badań lekarskich pracowników, także szczegółowe przepisy wykonawcze dotyczące BHP oraz czynników występujących w środowisku pracy, w tym – biologicznych, chemicznych, fizycznych, ergonomicznych, psychospołecznych.

Każdy pracownik, w tym pielęgniarki i położne, powinien znać Kodeks pracy/Kp, zawierający podstawowe prawa i obowiązki pracodawców i pracujących. Zawiera on piętnaście działów, w tym kolejno: pierwszy traktuje o podstawowych zasadach prawa pracy; równym traktowaniu w zatrudnieniu; nadzorce i kontroli przestrzegania prawa pracy; dział drugi omawia: stosunek pracy – umowy o pracę; dział trzeci określa wynagrodzenie za pracę i inne świadczenia, na przykład zasiłek chorobowy, odprawy. W dziale czwartym zawarto obowiązki pracodawcy i pracownika, w piątym – odpowiedzialność materialną pracowników (za szkodę i mienie). Dział szósty precyzuje czas pracy – normy i wymiar, rozkłady czasu pracy, okresy odpoczynku, pracę w godzinach nadliczbowych, w porze nocnej, w niedziele i święta; siódmy – urlopy pracownicze – wypoczynkowe, bezpłatne; ósmy: uprawnienia pracowników związane z rodzicielstwem (art. 176–189). Dział dziewiąty charakteryzuje zatrudnianie młodocianych. Bardzo istotny jest dział dziesiąty Kp o bezpieczeństwie i higienie pracy (art. 207–237) oraz podstawowych obowiązkach pracodawcy; prawach i obowiązkach pracownika; obiektach budowlanych i pomieszczeniach pracy; maszynach

i innych urządzeniach technicznych; czynnikach oraz procesach pracy stwarzających szczególne zagrożenie dla zdrowia lub życia; profilaktycznej ochronie zdrowia; wypadkach przy pracy i chorobach zawodowych; szkoleniach; środkach ochrony indywidualnej, odzieży i obuwiu roboczym; służbie bezpieczeństwa i higieny pracy oraz komisji BHP; obowiązkach organów sprawujących nadzór nad przedsiębiorstwami (...); przepisach BHP dotyczących wykonywania prac w różnych gałęziach pracy. W dziale jedenastym Kp określono układy zbiorowe pracy, w dwunastym – rozpatrywanie sporów o roszczenia ze stosunku pracy. Odpowiedzialność za wykroczenia przeciwko prawom pracownika opisuje dział trzynasty; o przedawnieniu roszczeń – czternasty. Kodeks pracy zamyka dział piętnasty zawierający przepisy końcowe.

*Główne przepisy prawne dotyczące ochrony zdrowia pracujących:

1. Ustawa Kodeks pracy
2. Rozporządzenie w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy. 1997.129.844; 2002.91.811;003.169.1650.2007.49.330; 2008.108.690 i 2011.173.1034
3. Rozporządzenie RM w sprawie chorób zawodowych. 2009.105.869 i 2012.662
4. Rozporządzenie MZ w sprawie sposobu dokumentowania chorób zawodowych i skutków tych chorób. 2002.132.1121 i 2012.663
5. Ustawa o służbie medycyny pracy. 2004.125.1317 (tekst jednolity), 2008.220.1416 i 2011.112.654
6. Rozporządzenie MZiOS w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy. 1996.69.332; 1997.60.375; 1998.159.1057; 2001.37.541; 2010.240.1611 i 2011.88.503.

Piśmiennictwo, w dużej mierze wydawnictwa Instytutu Medycyny Pracy w Łodzi: www.imp.lodz.pl, u autorki elmicz@wp.pl

mgr piel. Elżbieta Mielczarek-Pankiewicz
specjalista medycyny społecznej
i specjalista pielęgniarstwa
w dziedzinie ochrony zdrowia pracujących

Rola pielęgniarki w oddziale pediatrycznym w opiece nad dzieckiem chorym na mukowiscydozę cz. 2

mgr MARTA WOŹNIAK

Mukowiscydoza (CF) jest przewlekłą, metaboliczną i ogólnoustrojową chorobą genetyczną [1, 2]. Jej objawy kliniczne najczęściej dotyczą układów oddechowego i pokarmowego [3]. Ze względu na występowanie wielu czynników powodujących chorobę, jak i skomplikowany, długotrwały proces leczenia, stanowi ona w dzisiejszych czasach poważny problem zdrowotny zarówno dla środowiska medycznego, chorych, jak i ich rodzin. Opieka nad dzieckiem chorym na mukowiscydozę powinna mieć charakter kompleksowy. Zarówno chorzy jak i ich rodzina powinni otrzymać wsparcie nie tylko medyczne, ale i psycho-społeczne. Wczesne rozpoznanie choroby, wdrożenie odpowiedniego leczenia prowadzonego regularnie i w sposób konsekwentny przez wykwalifikowany personel medyczny pozwalają poprawić stan kliniczny chorych oraz zapewnić im czynny tryb życia, zbliżony do zdrowych rówieśników. Niestety, pomimo postępów w leczeniu, CF ciągle pozostaje chorobą ograniczającą czas przeżycia [4].

Jednym z ważniejszych zadań pielęgniarki opiekującej się dzieckiem chorym na CF jest ciągła obserwacja pacjenta oraz prowadzenie dokumentacji w tym specjalnego dzienniczka obserwacji, w którym pielęgniarka codziennie notuje podstawowe parametry życiowe, takie jak: tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperatura ciała, ilość oddechów na minutę.

Pielęgniarka obserwuje również stolce dziecka oceniając: ich ilość, barwę (czy zabarwienie prawidłowe, czarne, krwistoczerwone), konsystencje (zbity, uformowany, luźny, czy są widoczne niestrawione resztki pokarmu). W mukowiscydozie charakterystyczne są tzw. tłuszczowe stolce. W przypadku obecności tłuszczu w stolcu dziecko ma wykonane dodatkowo badanie kału na stopień strawienia.

Podobną obserwację stosuje się w przypadku płwociny i kaszlu. Pielęgniarka obserwuje ilość i jakość płwociny oraz nasilenie kaszlu chorego (np. ropna płwocina i nocne napady kaszlu mogą świadczyć o zaostrzeniu choroby). Następnie wszystkie zaobserwowane spostrzeżenia konsultuje z resztą zespołu terapeutycznego.

Ze względu na występujące w przebiegu mukowiscydozy zaburzenia zewnątrzwydzielnicze trzustki u chorych w okresie dzieciństwa lub dorosłości może pojawić się choroba metaboliczna, jaką jest cukrzyca. Należy u tych

pacjentów o ściśle określonych godzinach kontrolować za pomocą glukometru poziom glukozy we krwi, czyli prowadzić dobowy profil cukru, a w przypadku podwyższonych wartości glukozy na zlecenie lekarza podawać odpowiednią dawkę insuliny.

W codziennej obserwacji ważna jest również ocena masy ciała polegająca na codziennym ważeniu dziecka o tej samej porze dnia i w podobnych warunkach (np. w ubraniu, po wypróżnieniu), by uzyskane wyniki były miarodajne.

Pielęgniarka prowadzi także obserwację ilości przyjmowanych posiłków, a w niektórych przypadkach (kiedy pacjent jest odwodniony lub przewodniony) na zlecenie lekarza prowadzi bilans płynów, czyli notuje ilości płynów przyjmowanych przez dziecko drogą dojelitową i pozajelitową oraz płynów wydalanych.

Dbą o prawidłowe odżywianie chorego. Leczenie dietetyczne w CF polega głównie na zastosowaniu diety wysokoenergetycznej. Zapotrzebowanie na energię u dzieci chorych na mukowiscydozę jest bardzo różne – zależy przede wszystkim od stanu układu oddechowego i wydolności trzustki: im częściej występują zapalenia płuc i im bardziej nasilone są objawy upośledzonego trawienia i wchłaniania – tym wyższe zapotrzebowanie na energię i składniki odżywcze. Ponadto dieta ta powinna być bogatobiałkowa (około 2,5 g/kg m.c.) i wysokotłuszczowa. Zwiększone zapotrzebowanie na białka i tłuszcze u chorych na CF wynika z upośledzonego trawienia i wchłaniania, strat składników odżywczych ze stolcem, zwiększonego wysiłku przy oddychaniu i kaszlu, zwiększonej podstawowej przemiany materii i częstych infekcji przebiegających z wysoką gorączką. Dlatego zalecanymi produktami są: mleko, jaja, mięso, wędliny, ryby, rośliny strączkowe. Ponadto należy zwiększyć dawkę podawanych witamin, zwłaszcza rozpuszczalnych w tłuszczach (witaminy A, D, E, K), których przyswajanie jest w dużym stopniu upośledzone.

Z powodu niewydolności trawiennej trzustki, często wskazane jest również stosowanie preparatów enzymatycznych takich jak Kreon, Panzytrat, które wspomagają trawienie. Dawka enzymów ustalana jest dla każdego chorego indywidualnie i zwiększa się w miarę pogarszania czynności trzustki [5].

U niektórych pacjentów (głównie u tych, u których stwierdzono niedożywienie) konieczne jest założenie przezskórnej endoskopowej gastrostomii tzw. PEGa. U chorych na mukowiscydozę PEG wykorzystuje się przede wszystkim do uzupełniającego żywienia, prowadzonego podczas snu (najczęściej w nocy podawane są Nutrisony). Pielęgniarka podaje specjalne mieszanki odżywcze przez założonego PEGa oraz prowadzi odpowiednią pielęgnację gastrostomii. W pierwszych dniach po założeniu PEGa:

- kontrola gojącej się rany (w celu wczesnego zaobserwowania powikłań np. miejscowego ropnia, martwiczego zakażenia powłok brzusznych),
- przemywanie rany jałowym roztworem soli fizjologicznej, wymiana jałowych opatrunków.

W dalszych dobach:

- raz dziennie przemywanie skóry w okolicy gastrostomii wodą z mydłem,

- 2–3 razy w tygodniu dezynfekowanie powierzchni rurki gastrostomijnej np. 70% alkoholem etylowym,
- codzienne czyszczenie końca zgłębnika przy użyciu wody i szczotki,
- po zakończeniu podawania pokarmu przepłukanie PEGa niewielką ilością wody,
- w okresie przerw w karmieniu końcówkę rurki należy zamknąć i przykleić plastrem do skóry brzucha zapobiegając jej nadmiernemu przemieszczaniu się,
- unikanie zaparć sprzyjających występowaniu przecieku treści żołądkowej wokół PEG, a w przypadku wycieknięcia zawartości żołądka skórę wokół PEGa ochraniać preparatami zawierającymi tlenek cynku np. pastą cynkową [6, 7].

U niektórych pacjentów dodatkowo stosuje się podaż płynów i leków drogą dożylną. Pielęgniarka przestrzegając zasad aseptyki i antyseptyki szykuje i podaje leki. Obser-

wuje również miejsce wkłucia dożylnego (obwodowego, centralnego) i w razie spostrzeżenia objawów mogących sugerować niedrożność wkłucia lub stan zapalny powstały w miejscu założonego wenflonu zmienia miejsce założenia drogi dożylny na inne. Pielęgnując port naczyniowy (czyli trwały dostęp dożylny implantowany pacjentom wymagającym długotrwałej terapii dożylny) pielęgniarka musi pamiętać o przestrzeganiu zasad aseptyki podczas manewrowania przy wkłuciu, zabezpieczeniu przed zanieczyszczeniem powietrzem, a w przypadku przerwy w infuzji o przepłukaniu portu solą fizjologiczną i założeniu „korka heparynowego” (podanie do portu 2–3 ml roztworu heparyny 100 j.m./ml).

Pielęgniarka przygotowuje fizycznie i psychicznie chorego do wszystkich zabiegów i badań, jakim ma być poddany, oraz asystuje podczas ich wykonywania.

Częstymi zabiegami wykonywanymi na tego typu oddziałach są inhalacje, polegające na podawaniu leków drogą wziewną. Pielęgniarka powinna znać technikę, cele, istotę oraz zasady aeroterapii ze szczególnym uwzględnieniem kolejności podawanych leków (najpierw leki rozszerzające oskrzela, później przeciwzapalne) jak i potrafić w sposób prawidłowy wykonać inhalacje pacjentowi, który będzie tego zabiegu wymagał.

Podobnie rzecz wygląda w przypadku drenażu ułożeniowego, gimnastyki oddechowej czy innych zabiegów fizykoterapeutycznych. Pomimo, iż na większości oddziałach wykonywanie tego typu zabiegów wchodzi w zakres kompetencji i umiejętności fizykoterapeutów i rehabilitantów, pielęgniarka również powinna posiadać podstawową wiedzę i umiejętności w tym zakresie.

Kolejnym zadaniem pielęgniarki opiekującej się dzieckiem chorym na CF jest dawanie wsparcia psychicznego choremu i jego rodzinie, a także zapewnienie im profesjonalnej opieki medycznej.

Nie mniej ważną rolą pielęgniarki jest edukacja pacjenta i jego rodziny (z zakresu zdrowego stylu życia), oraz nauczanie zachowań pozwalających na osiągnięcie w miarę możliwości najwyższego komfortu życia z tą chorobą. Program edukacyjny należy rozpoczynać jak najwcześniej. Szczególne wyzwanie dla pielęgniarki stanowi edukacja dzieci, u których dopiero co zdiagnozowano chorobę. Osoba chora musi przystosować się do nowej, trudnej sytuacji, nauczyć się żyć ze świadomością przewlekłej choroby, jaką jest mukowiscydoza, zaakceptować ją. Pielęgniarka w sposób delikatny i taktowny powinna uzmysłowić dziecku i jego bliskim, że CF należy do chorób nieuleczalnych, nie mniej jednak w przypadku przestrzegania zaleceń lekarskich i prowadzeniu odpowiedniego stylu życia (dieta, codzienne zabiegi fizjoterapeutyczne, systematyczne przyjmowanie leków i regularne kontrole lekarskie) pozwala dożyć wieku dorosłego w stanie względnego zdrowia. Stając przed faktem przewlekłej, nieuleczalnej choroby zarówno chorzy jak i ich rodziny narażeni są

na wystąpienie depresji. Pielęgniarka powinna wspierać ich w tym trudnym okresie poprzez częste przebywanie, rozmowę, okazywanie zrozumienia i empatii, otoczenie atmosferą bezpieczeństwa i zaufania, oraz zachęcanie do zachowań prozdrowotnych i motywowanie do dalszego leczenia. Jej zadaniem jest również udzielanie informacji, gdzie rodzina i chory mogą szukać pomocy (pracownik socjalny, psycholog, inni chorzy na CF, Stowarzyszenie Walki z Mukowiscydozą, fundacje np. MATIO). Pielęgniarka powinna w sposób zrozumiały, dostosowany do wieku, wykształcenia chorego i jego rodziny przekazać im podstawowe informacje na temat choroby, począwszy od samego wyjaśnienia, co to za choroba, czym jest spowodowana, jakie mogą być jej objawy i skutki, a skończywszy na postępowaniu i leczeniu, oraz w miarę możliwości udzielić odpowiedzi na nurtujące ich pytania. Pacjent powinien nauczyć się samoobserwacji, samokontroli i samoopieki, oraz umieć rozpoznawać u siebie objawy mogące świadczyć o zaostrzeniu choroby: duszność, zwiększenie ilości odkrztuszonej wydzieliny lub zmiana jej wyglądu na bardziej ropną, świszczący oddech, nieproduktywny kaszel, utrata łaknienia, pogorszenie tolerancji wysiłku fizycznego, gorączka lub stany podgorączkowe.

mgr pielęgniarstwa Marta Woźniak
CSK Instytut Stomatologii w Łodzi
Oddział Zaburzeń Afektywnych

Piśmiennictwo:

1. Ferenc T., Chęsy M., Bratkowska W.: *Mukowiscydoza (zwłóknienie torbielowate trzustki, cystic fibrosis – CF)*. w: „Podstawy genetyki” dla studentów i lekarzy pod red. Drewna G., Ferenc T. wyd. Urban & Partner. Wrocław 2003; s. 205.
2. Cichocka-Jarosz E.: *Mukowiscydoza*. w: „Wybrane zagadnienia z pediatrii” pod red. Pietrzyk J.J. Tom 2. wyd. UJ. Kraków 2004; s. 263–270.
3. Kubicka K., Kawalec W.: *Pediatrics*. Tom 1. wyd. PZWL. Warszawa 2006; s. 240–243.
4. Rubinowicz M., Piotrowski R., Nowobilski R.: *Charakterystyka wybranych parametrów antropometrycznych i klinicznych u dzieci chorych na mukowiscydozę*. *Pneumonol. Alergol. Pol.* Tom 73, nr. 1, 2005; s. 172–177.
5. Milanowski A., Pogorzelski A., Orlik T., Piotrowski R., Walkowiak J., Skorupa W., Witt M., Latoś T., Żebrak J., Nowakowska A., Sands D., Mazurczak T., Majka L., Minarowska A., Socha J.: *Zasady rozpoznawania i leczenia mukowiscydozy. Stanowisko Polskiej Grupy Roboczej Mukowiscydozy przy Zarządzie Głównym Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego*. Karpacz – Warszawa; maj – październik 2002; wydanie II; s. 1–12.
6. Löser Chr., Aschl G., Hébuterne X., Mathus-Vliegen E.M.H., Muscaritoli M., Niv Y., Rollins H., Singer P., Skelly R.H.: *Wytyczne European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) dotyczące sztucznego żywienia dojelitowego – przeszskórna endoskopowa gastrostomia (PEG)*. *Medycyna Praktyczna. Chirurgia* 2006/04, Ostatnia modyfikacja: 21.04.2008.
7. Bazaliński D., Barańska B.: *Opieka nad pacjentem z gastrostomią odżywczą*. *Medycyna Rodzinna*, 2/2006; s. 22–31.

APEL O POMOC

Szanowni Państwo,

nazywam się Mirosława Chojnacka, jestem pielęgniarką, członkiem naszej OIPiP w Łodzi, zwracam się z prośbą o przekazanie 1% podatku w swoim zeznaniu podatkowym.

Mam syna chorego na mukowiscydozę, chorobę genetyczną nieuleczalną. Choroba ta u każdego chorego mimo ciągłego przyjmowania leków ciągle postępuje. Systematycznie wyniszcza cały organizm, powoduje włóknienie narządów (np. płuc, trzustki) życie każdego chorego na mukowiscydozę to ciągły wyścig z czasem i chorobą. W mukowiscydozie nadchodzi taki moment, że choremu niezbędna jest całkowita tlenoterapia (aparat kosztuje około 15 tysięcy złotych) a leczenie należy prowadzić coraz to innymi antybiotykami niestety droższymi i pełnopłatnymi.

Tylko 15 proc. chorych przekroczyło 24 rok życia, mój syn ma 31 lat i wszystko robimy, aby jak najdłużej żył.



Bardzo proszę przekazcie swój 1%
Fundacja Dzieciom „Zdążyć z pomocą” KRS 0000037904
z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004

Innym sposobem udzielania pomocy
jest przekazanie darowizny w ciągu całego roku

Wpłaty prosimy kierować na konto:
Fundacja Dzieciom „Zdążyć z Pomocą”
Bank BPH S.A.
15 1060 0076 0000 3310 0018 2615
Bank BPH SA (darowizny w ramach zbiórki publicznej)
61 1060 0076 0000 3310 0018 2660
z dopiskiem Mariusz Chojnacki Nr – 4004

Dziękujemy bardzo!

Dodać serca do opieki nad osobą z chorobą Alzheimera cz. 2

Działania w kierunku humanizacji relacji międzyludzkich we współczesnym świecie

AGNIESZKA KUBIAK

Potrzeby serca – najistotniejsze potrzeby w podnoszeniu jakości życia osób z chorobą Alzheimera

Możliwość zaspokajania przez człowieka ważnych dla niego potrzeb poprawia znacząco jego samopoczucie, motywuje do działań skierowanych ku potrzebom wyższego rzędu, a także generuje pozytywne nastawienie do siebie i do świata. Tym samym stwierdzenie, że osoby z chorobą Alzheimera nie są zdolne odczuwać potrzeb wyższego rzędu jest jak najbardziej nieprawdziwe i stereotypowe. Osoby z chorobą Alzheimera odczuwają potrzebę samorealizacji, jednak w bardzo podobnej formie jak ma to miejsce u małych dzieci. Małe dziecko potrafi bawić się wspaniale w piaskownicy, jednak potrzebuje bliskości matki, która będzie siedziała gdzieś obok na ławce i nawet nie musi uczestniczyć w zabawie swego dziecka, ale po prostu będzie obok, tak by mogło ono w trakcie zabawy podbiec do niej, przytulić się, ucałować ją i następnie znów z radością kontynuować zabawę, pełne chęci by stworzyć najpiękniejszą pod słońcem „babkę z piasku”, po to tylko, by ją mamie natychmiast pokazać i otrzymać pochwałę, która jest dla niego ważniejsza niż wszystkie złote medale olimpijskie razem wzięte. Analogicznie jest z osobą z chorobą Alzheimera, która by podjąć określoną aktywność np. artystyczną musi uprzednio zaspokoić potrzebę głodu „chleba” i miłości. Osobę z chorobą Alzheimera charakteryzują słowa Biosa z Prieny: „Omnia mea mecum porto” (łac. wszystko, co posiadam, noszę z sobą). Wszystko, co posiada chory nosi z sobą, czyli dwie ręce wyciągnięte z prośbą o nakarmienie i przytulenie oraz serce, które kochać pragnie i pragnie by je kochano. Chory syty i pełen poczucia, że jest kochany i potrzebny będzie tworzył nawet przez cały dzień piękne rysunki, czy rzeźby, pod warunkiem, że tak jak dziecko otrzyma pochwały już w trakcie tworzenia oraz zaraz po jego ukończeniu. Nawet najbardziej bezradne dziecko można pobudzić do działania i zastymulować odczuwanie chęci do aktywności,

chęci do życia. Tam natomiast, gdzie człowiek realizuje potrzeby wyższego rzędu, możliwy jest rozwój, a tym samym możliwy jest rozwój osoby z chorobą Alzheimera.

Kontakty społeczne – najlepszą drogą zaspokajania potrzeby miłości

Sens życia często utożsamiany jest z dążeniem do realizacji określonych celów. Czy jest tak faktycznie, czy sens życia jest determinowany przez posiadanie w życiu celów? Gdyby to założenie uznać jako prawidłowość, wówczas należałoby stwierdzić, że życie bez celu nie posiada żadnego sensu, że im ważniejsze, wznioślejsze cele, tym życie lepsze, cenniejsze. Czy jednak jest tak w istocie rzeczy? Autorka nie zgadza się z powyższym stwierdzeniem. Zaprzeczeniem tego jest między innymi życie osoby z chorobą Alzheimera, która nie potrafi stawiać sobie



celów w życiu, a tym bardziej ich internalizować, a wręcz często działa bezcelowo, nie finalizuje podjętych czynności, co jednak nie upoważnia nas do wnioskowania o bezsensie życia tej osoby. Bezcelowość nie oznacza w tym wypadku bezsensu, bowiem efekt działania posiada również inne determinanty prócz celu, jak między innymi sposób wykonania, przebieg, środki działania, których nierzadko nie uświęca nawet bardzo ważny cel. W działaniu człowieka istotny jest ponadto jego charakter, który może być zindywidualizowany bądź grupowy. W przypadku określonego działania można osiągnąć sukces podejmując je indywidualnie, choć zawsze pomoc innych może je urozmaicić, natomiast w życiu nie sposób żyć w pojedynkę, nawet przy ustalonych najwznioślejszych celach i starannie wypracowanych algorytmach ich osiągnięcia.

Człowiek jest istotą społeczną, stąd sens jego życia nie zawiera się tylko w działaniu od celu do celu, lecz także w działaniu wspólnotowym. Czas spędzony przez członków rodziny na wspólnym nicnierobieniu przyniesie o wiele większe poczucie sensowności życia zarówno rodzinnego, jak i osobistego jej członków, aniżeli realizacja przez każdego z nich określonych indywidualnych celów, chyba że te cele realizowane są wspólnie z innymi lub też tej wspólnocie służą. Osoba z chorobą Alzheimera nie potrafi stawiać sobie celów w życiu, nie jest też świadoma głównych celów swego życia, nie potrafi budować wizji swej przyszłości, ani też tworzyć idealnego obrazu siebie i świata. Czy zatem życie takiej osoby nie jest wartościowe? Czy może jest mniej wartościowe od życia ludzi zdrowych, sprawnych? Według mnie życie tychże osób jest tak samo wartościowe, jak innych zdrowych ludzi. Z pewnością życie osoby z chorobą Alzheimera jest pozbawione większości wartości kultury, ale nadal posiada wartości życia. Życie samo w sobie bowiem posiada wartość nadrzędną, priorytetową, wartość samą w sobie. Samo zachowanie życia stanowi wartość, bowiem istniejemy nie w jakimś celu, ale żyjemy przede wszystkim „dla” – dla siebie samych i dla innych. Przecież to nie żaden wstyd – po prostu żyć, żyć nie dla jakiegoś ideału, ale żyć realnie, żyć nie oczekując nic i niczego nie chcąc, ale żyć tym, co się ma, tym jakim się jest naprawdę. Według mnie sens ludzkiej egzystencji stanowić może samo życie, samo bycie tu i teraz. Prawdziwie kochamy, bowiem nie dlatego, że kogoś potrzebujemy, ale potrzebujemy kogoś, bo go tak bardzo kochamy.

Zbliżenie człowieka do człowieka oparte na miłości daje poczucie bezpieczeństwa, na którego gruncie można dostrzegać pozytywne strony życia, odczuwać radość i szczęście. Miłość wypływająca z kontaktów społecznych jest życiodajną energią, która „nasłonecznia” i budzi do życia najbardziej uśpięne pokłady ludzkich sił. Więzy społeczne

zbudowane poprzez takie właśnie kontakty społeczne oparte na miłości nie tylko przynoszą radość i szczęście tych może już ostatnich dni (choć przecież każdy dzień może być ostatni), podnosząc tym samym jakość życia, ale również wydobywając siły ludzkie podtrzymują życie, wydłużając je.

Dodać serca do opieki, czyli rola postawy miłującej w podnoszeniu jakości życia chorych

„Człowiek uzbrojony w tak wielką moc nauki może być straszny i może być wspaniały”¹. Rozpoczynając pracę z podopiecznymi ŚDS w Łodzi, wyposażona w wiedzę na temat osób z chorobą Alzheimera czułam, że mogę być dla nich „wspaniała”, że mogę wiele dla nich zrobić, pomóc im, sprawiając by ich życie było, jeśli nie lepsze, to chociaż przyjemniejsze. Już od pierwszego kontaktu z podopiecznymi okazało się jednak, że mogę być dla nich równie „straszną”, co „wspaniałą”. Mianowicie byłam dla chorych „wspaniałą”, bowiem potrafiłam zaciekać nowymi metodami pracy, nowymi zajęciami, ćwiczeniami, ale także, a może przede wszystkim zaciekałam samą sobą. Moja osoba stanowiła dla chorych nową postać, a tym samym interesującą. Jednocześnie byłam jednak dla podopiecznych „straszną”, ponieważ niosłam za sobą nowe działanie, którego jeszcze nie opanowali, które odbiegało od przyswojonych i zautomatyzowanych czynności. To nowe działanie, jakie chciałam podjąć wspólnie z chorymi budziło w nich lęk i obawy, zakłócając schemat codziennego funkcjonowania, które choć jest zrutynizowane, to jakże przy tym bezpieczne. Ta ambiwalencja uczuć chorych, jaka powstała w stosunku do mojej osoby, kiedy rozpoczynałam wspólną pracę z nimi, skłoniła mnie do refleksji nad doborem jak najbardziej odpowiedniej postawy względem podopiecznych, która nie tylko zaowocowałaby ich konkretną aktywizacją, ale także zapewniłaby komfort psychiczny, bezpieczeństwo i przyjemność płynącą z wspólnego obcowania. Nie chodzi tu zatem o stan umysłu osoby pracującej z chorymi, wyposażenia w bogatą wiedzę i urozmaiconą metodykę działań, ale o konkretną postawę moralną. Jeśli bowiem jej „postępowaniem pokieruje rozumna miłość i twórcza myśl, wtedy możemy być spokojni, że w każdej nowej sytuacji znajdzie właściwe dla siebie miejsce i dokona właściwych wyborów”².

Głównym celem, który przyświecał mi podczas inicjacji kontaktu z podopiecznymi było wspólne osiągnięcie „postępu”, za którym to kryje się dobro i który dobru służy. Już podczas pierwszych kontaktów społecznych

1. M. Łopatkowa, Pedagogika serca, WSiP, Warszawa 1992, s. 6.
2. Ibidem, s. 6.

z chorymi zastanawiałam się, czy postęp ów może się dokonać, a jeśli tak, to od kogo jest on zależny, jaką drogą należy pójść i czego od siebie wymagać. Wymagamy bowiem często, szczególnie od innych, ale też i od siebie zbyt wielu rzeczy nieistotnych, banalnych, które można pominąć lub zatroszczyć się o nie w tzw. „międzyczasie” dokonywania się „wielkich” spraw. Natomiast „postęp służący dobru tworzyli ludzie, którzy coś lub kogoś pokochali”³. Jak się okazuje zatem niewiele trzeba by osiągnąć postęp – wystarczy kogoś pokochać. Jednak nie jest to takie proste we współczesnym świecie, w którym to miłości jest coraz mniej. Zbędne są badania naukowe, by móc dostrzec postępujący proces dehumanizacji współczesnego świata. Zwykła obserwacja kontaktów człowieka z drugim człowiekiem pozwala mi stwierdzić, że „kochamy wciąż za mało i stale za późno”⁴. Skutki tego są odczuwane najdotkliwiej przez naszych tzw. „najmniejszych braci”, czyli m.in. dzieci, osoby starsze, niepełnosprawne umysłowo, osoby z chorobą Alzheimera. To właśnie skłoniło mnie do wyboru takiego, a nie innego obszaru pracy i takiej drogi osiągnięcia wspólnego postępu. Drogą tą miały być kontakty społeczne z osobami z chorobą Alzheimera oparte na wartości uznanej przez ludzkość za najważniejszą, a mianowicie na miłości i mające miejsce podczas działań projektowych realizowanych w ŚDS w Łodzi. „Ludzkość uznała miłość za wartość najwyższą. Jeśli więc wartość ta zaistniała jako związek uczuciowy między człowiekiem a człowiekiem, znaczy to, iż ludzie ci zdobyli jedno z najcenniejszych dóbr osobistych”⁵, dzięki czemu wzrosła jakość ich życia, a tym samym dokonał się postęp.

Pokochać drugiego człowieka jest zdolny każdy człowiek, choć nie każdy to potrafi. Aby móc pokochać należy wpiąć kogoś poznać i to nie poznać w sposób powierzchowny, czy też zewnętrzny, lecz poznanie to musi mieć charakter dogłębny, wewnętrzny. Rozpoczynając poznanie podopiecznych wiedziałam, że poznać ich tak do końca nie można. Nie sposób bowiem poznać dogłębnie drugiego człowieka, bo i siebie tak naprawdę do końca nie znamy. Nie możemy poznać w pełni świata wewnętrznego osoby, którą znamy od dzieciństwa, a co dopiero człowieka, którego poznajemy na ostatnim etapie jego życia, czyli starości. Poznając jednego ze swoich podopiecznych, pana Tadeusza, widziałam przed sobą starego człowieka, z pomarszczoną twarzą, spracowanymi dłońmi, nie pamiętającego kim jest i gdzie się znajduje. Ogromną trudność stanowiło dla mnie wyobrażenie sobie tego pana jako małego Tadeuszka ze swoimi troskami i swawolami lub dorosłego już młodzieńca, pełnego zapału, silnego,

z wieloma smutkami i radościami. Był przed nią tylko jeden wizerunek – człowieka zniedołężniałego, chorego, z ogromnym bagażem doświadczeń i wspomnień, do którego dostępu broni kłódka, do której klucz zagubił się dawno temu, zapasowe klucze natomiast posiadają jedynie najbliżsi tej osoby. Zrodziło to liczne pytania i obawy: jak dotrzeć pod tą powierzchowność, jak odrzucić pozorność i znaleźć się, jeśli nie w wewnętrznym świecie pana Tadeusza, to blisko niego, jak najbliżej. Kim jest ten człowiek z chorobą Alzheimera? Kim są podopieczni Środowiskowego Domu Samopomocy dla Osób z Chorobą Alzheimera w Łodzi? Kim jest autorka wobec człowieka z chorobą Alzheimera i jaka powinna być? „Co robić, aby stał się homo amans – człowiekiem miłującym?”⁶

Nie od razu Kraków zbudowano, a miłość nie rodzi się już od pierwszego kontaktu, lecz wymaga czasu. Miłość nie przychodzi od razu, lecz musi być wypracowywana, oswojona, a wreszcie podtrzymywana i pielęgnowana w drodze kontaktów społecznych. Jak to pisze Martin Gray: „Trzeba wymyślać miłość./Tworzyć ją każdego dnia./Trzeba miłości dać czas”⁷.

Jednak, aby to mogło się dokonać, aby dać miłości szansę zaistnienia w relacjach międzyludzkich potrzeba czegoś, co przekona ludzi do siebie, nie poprzez manipulację i perswadowanie swoich racji, ale poprzez konkretną postawę – postawę miłującą. Bez wyposażenia we właściwą postawę moralną nasyconą miłością człowiek wchodzący w kontakt z drugą osobą dehumanizuje relacje międzyludzkie, skazując je na porażkę. Szczególnie odnosi się to do wchodzenia w kontakty społeczne z ludźmi od nas słabszymi, ułomnymi, z licznymi ograniczeniami, zależnymi od nas i wymagającymi naszej opieki, jak m.in. osoby z chorobą Alzheimera. Opiekun takich osób musi szczególnie zadbać o reprezentowanie właściwej postawy już od pierwszych kontaktów z nimi, by przeciwdziałać tworzeniu „pustki emocjonalnej”, która powstaje bardzo szybko jako owoc zimnych stosunków międzyludzkich. Rozpoczynając pracę z podopiecznymi wiedziałam, że będę miała nad nimi „przewagę”, swoistą władzę, dzięki której można wiele uczynić dobrego, ale też i wiele złego. Erich Fromm pisze: „To nie szatan ani nie sadysta, ale zwykły człowiek posiadający nadzwyczajną władzę stanowi główne zagrożenie dla gatunku ludzkiego”⁸. W celu przeciwdziałania temu zagrożeniu, jakie daje władza, już na początku wspólnych działań z chorymi przyjąłam postawę „homo amans”, będąc jednocześnie pełną nadziei, że również podopieczni dzięki wspólnym ze mną kontaktom będą ludźmi miłującymi.

6. M. Łopatkowa, *Pedagogika serca*, s. 6

7. M. Gray, *Sily życia*. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2003, s. 42

8. E. Fromm, *Serce człowieka*, Wyd. Naukowe PWN, Warszawa-Wrocław, 1999, s. 16

3. M. Łopatkowa, *Pedagogika serca*, WSiP, Warszawa 1992, s. 6.

4. J. Twardowski, *Śpieszmy się kochać*, WSiP, Warszawa 2003, s. 5.

5. M. Łopatkowa, *Pedagogika serca*, s. 6

lic. piel. MICHAŁ BANCEROWSKI



Badanie fizykalne – podstawowy element opieki pielęgniarskiej

W współczesnej praktyce medycznej dochodzi do szeregu ciągłych, dynamicznych zmian. Ich odzwierciedleniem może być przekazywanie pielęgniarkom świadczeń zdrowotnych, które jeszcze nie tak dawno przypisane były wyłącznie praktyce oraz roli lekarza. Za przykład takiego świadczenia możemy uznać badanie fizykalne.

Na wstępie należy zaznaczyć, iż pomimo identycznych metod i technik wykorzystywanych przez jedną, jak i drugą grupę zawodową ocena pacjenta będzie miała w swym podłożu inny cel.

Badanie fizykalne wykonywane przez personel pielęgniarski nie stanowi elementu diagnozy lekarskiej, lecz pozwala na ustalenie nieprawidłowości występujących u naszych podopiecznych, powiadomienie ich o tym oraz wskazanie, że wymagają one konsultacji lekarskiej. Zgodnie ze starym powiedzeniem „profilaktyka nie boli”.

Cel pracy

W artykule chciałbym przybliżyć Państwu podstawowe elementy badania fizykalnego oraz gorąco zachęcić do włączenia tej kompleksowej metody oceny stanu pacjenta do Waszej codziennej praktyki klinicznej.

Definicja pojęcia

Badanie fizykalne to systematyczna ocena całego ciała, poszczególnych jego układów i narządów oraz ich czynności w zakresie dającym się ocenić za pomocą prostych metod.

Jak mówi nam już sama definicja, podczas wykonywania procedury badania fizykalnego, „medyka” obowiązuje pewna kolejność, a mianowicie: oglądanie, obmacywanie/palpacja, opukiwanie, osłuchiwanie.

Jedynym „wyjątkiem” podczas którego zmieniamy kolejność badania jest ocena jamy brzusznej: oglądanie, osłuchiwanie, obmacywanie/palpacja, opukiwanie.

Metody i techniki badania fizykalnego

Badanie fizykalne zasadniczo dzieli się na badanie podmiotowe oraz badanie przedmiotowe.

Badanie podmiotowe (wywiad) to rozmowa z ukierunkowana na osiągnięcie konkretnego celu. W tym przypadku będzie to zebranie konkretnych informacji związanych ze stanem zdrowia naszego pacjenta.

W zebraniu wywiadu pomocne mogą okazać się dwa, specjalnie do tego celu przeznaczone schematy:

1. OLD CART:

O (*onset* – początek) – kiedy rozpoczęły się dolegliwości?

L (*location* – umiejscowienie) – gdzie znajduje się miejsce odczuwania dolegliwości?

D (*duration* – czas trwania) – jak długo pacjent odczuwa dolegliwości?

C (*characteristics* – charakter) – jak może opisać/scharakteryzować swoje dolegliwości?

A (*aggravating* – czynniki pogarszające) – jakie występują czynniki, które pogarszają dany objaw?

R (*relieving factors* – czynniki łagodzące) – jakie występują czynniki, które łagodzą daną dolegliwość?

T (*treatment* – leczenie) – jakie leczenie dotychczas zastosowano?

2. AMPLE:

A (*allergies* – alergie) – na jakie leki lub inne substancje chory jest uczulony?

M (*medication* – medykamenty/leki) – jakie leki pacjent przyjmuje/przyjmował?

P (*past medical history* – historia medyczna) – na jakie choroby dotąd się leczył?

L (*last meal* – ostatni posiłek) – kiedy spożył ostatni posiłek?

E (*environment* – środowisko) – jak doszło do zdarzenia? (okoliczności zdarzenia)

W 80 proc. przypadków już sam prawidłowo zebrany wywiad pozwala postawić diagnozę pielęgniarską.

Po zebraniu wywiadu od naszego pacjenta przechodzimy do drugiej, właściwej, części badania fizykalnego, tj. badania przedmiotowego. Na badanie przedmiotowe składają się określone, konkretne, techniki badania:

- **Oglądanie** (*inspectio*) najczęściej stosowana technika badania fizykalnego pacjenta. Stosowana w ocenie stanu ogólnego, a także w ocenie poszczególnych części ciała i narządów badanego.

- **Obmacywanie/palpacja** (*palpatio*) – w zależności od siły ucisku dzieli się na powierzchowną oraz głęboką. Odgrywa znaczenie w ocenie topografii, wielkości i granic narządu. Umożliwia ocenę ich spoistości, tkliwości czy też bolesności. Powinno być wykonywane ogrzaną dłonią (zapobiega to odruchowemu skurczowi mięśni badanej okolicy). W zależności od badanej okolicy ciała, może być wykonywane całą, luźno położoną dłonią, która cały czas musi pozostawać w kontakcie ze skórą pacjenta – nie odrywamy ręki (badanie jamy brzusznej), jednym lub kilkoma palcami (np. badanie węzłów chłonnych).

- **Opukiwanie** (*percussio*) – w tej metodzie badania fizykalnego wykorzystuje się fakt wywoływania tzw. odgłosu opukowego. Jego charakter zależy od ilości znajdującego się w badanym narządzie powietrza. Na tej podstawie w praktyce klinicznej wyróżniono pięć typów odgłosów opukowych:

- jawny – stwierdzany nad prawidłowymi, wypełnionymi powietrzem płucami,
 - przytłumiony – charakterystyczny dla tkanek z niewielką ilością powietrza, np. ogniska niedodmy,
 - stłumiony – powstaje przy opukiwaniu tkanki bezpowietrznej, np. wątroby, śledziony,
 - bębnowy – wysłuchiwany nad położoną powierzchownie, jamistą przestrzenią, wypełnioną powietrzem, np. wypełniony powietrzem żołądek bądź pętle jelitowe,
 - metaliczny – wysłuchiwany podczas opukiwania powierzchownie położonych jam, posiadających gładkie ściany, wypełnionych powietrzem o podwyższonym ciśnieniu, spotkamy go, np. w prężnej odmie opłucnowej.
- Tę technikę badania wykonujemy uderzając opuszką zgiętego palca środkowego ręki prawej w paliczek środkowy środkowego palca lewej ręki, ułożonej na powierzchni opukiwanej. Palec opukujący uderza prostopadle w palec ułożony na powierzchni opukiwanej, natomiast ręka opukująca powinna być ułożona równolegle do ręki, w którą pukamy.

- **Osluchiwanie** (*auscultatio*) – metoda stosowana głównie podczas badania klatki piersiowej, a także jamy brzusznej. Tą część badania przeprowadza się przy użyciu stetoskopu wyposażonego w membranę oraz lejek.

Podczas badania za pośrednictwem stetoskopu do naszych uszu docierają dźwięki o wyższej częstotliwości, które to lepiej odbierane są przez membranę (np. szmery

płucne, tony serca, odgłosy perystaltyczne), natomiast dźwięki o niższej częstotliwości lepiej rejestruje lejek (np. szmery serca, a także szmery pochodzące z naczyń tętnicznych).

Regulacje prawne w zakresie badania fizykalnego

Na koniec chciałbym zwrócić Państwa uwagę na pewien „absurd prawny” związany z kwestią badania fizykalnego wykonywanego przez polską pielęgniarkę.

Zgodnie z obowiązującym standardem, w grupie podstawowych treści kształcenia na kierunku pielęgniarstwo obowiązuje przedmiot „badanie fizykalne”, kończący się egzaminem.

Pomimo tego wciąż nie znowelizowane Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, nadaje uprawnienia do wykonywania tego „świadczenia diagnostycznego” tylko pielęgniarcze z tytułem specjalisty.

Miejmy nadzieję, że już wkrótce Ministerstwo Zdrowia „pójdzie po rozum do głowy”, a badanie fizykalne „wdziękem wkroczy na salony” codziennej praktyki pielęgniarskiej licencjatów pielęgniarstwa.

lic. piel. Michał Bancerowski
student kierunku pielęgniarstwo
Oddział Pielęgniarstwa i Położnictwa
Wydziału Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny, Łódź

Piśmiennictwo:

1. Douglas G., Nicol F, Robertson C.: *Badanie kliniczne*. Wydawnictwo Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
2. Dyk D.: *Badanie fizykalnie w pielęgniarstwie*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010.
3. Krajewska-Kułak E., Szczepański M.: *Badanie fizykalne w praktyce pielęgniarek i położnych*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2008.
4. Krajewska-Kułak E., Rolka H., Jankowiak B. *Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2009.
5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego, Dz. U. z 2007 r. Nr 210, poz. 1540.
6. Standardy kształcenia na kierunku Pielęgniarstwo UMED Łódź – studia pierwszego stopnia: <http://pielęgniarstwo.umed.lodz.pl>

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Człowiek- najlepsza inwestycja



ZASTRZYK KOMPETENCJI INTERPERSONALNYCH ULTRA FORTE

Zapraszamy

Panie pielęgniarki i położne, Panów pielęgniarzy i położnych
na bezpłatne szkolenia z zakresu:

Asertywności - 17-18. 01. 2013 r. •

Komunikacji w zespole i przekazywania
trudnych informacji - 22-23. 01. i 02-03. 02. 2013 r.

Komunikacji z pacjentem i jego rodziną •
19-20. 01. i 04-05. 02. 2013 r.

Radzenia sobie ze stresem - 29-30.01. 2013 r. •

UCZESTNICY OTRZYMUJĄ BEZPŁATNIE:

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

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

PUNKT REKRUTACYJNY
92-204 Łódź, ul. Józefa 7/35
tel. kom. 512 228 406
tel. 42 239 41 16

Biuro Projektu
TEB Edukacja Piotrków Trybunalski
ul. Armii Krajowej 24 a
tel. (44) 647 09 72

Dowiedz się więcej na:
www.efs.teb.pl

**ZAPRASZAMY NA KURSÓW ORAZ
SPECJALIZACJE****SPECJALIZACJE DLA PIELEŃNIAREK**

Pielęgniarstwo ratunkowe • Pielęgniarstwo operacyjne • Pielęgniarstwo położnicze • Pielęgniarstwo opieki długoterminowej • Pielęgniarstwo kardiologiczne • Pielęgniarstwo anestezjologicznej i intensywnej opieki • Pielęgniarstwo psychiatryczne • Pielęgniarstwo onkologiczne • Pielęgniarstwo zachowawcze • Pielęgniarstwo chirurgiczne

SPECJALIZACJE DLA POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo położnicze

SPECJALIZACJE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

Pielęgniarstwo neonatologiczne • Pielęgniarstwo epidemiologiczne

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

KWALIFIKACYJNE DLA PIELEŃNIAREK

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 pediatryczne • Pielęgniarstwo zachowawcze

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIELEŃNIAREK

Endoskopia • Hartowanie i kształtowanie kikuta amputowanej kończyny • Szczepienia ochronne • Wykonanie badania spirometrycznego • Psychoedukacja osób uzależnionych i ich rodzin • Wykonywanie i ocena testów skórnych • Wykonanie konikopunkcji i odbarczanie odmy przeżnej oraz wykonania dojścia doszpikowego

**CENTRUM EDUKACJI ERUDIO POSIADA ZGODĘ ADMINISTRACYJNĄ NADANĄ PRZEZ CKPPIP W WARSZAWIE
ORAZ WPIS DO REJESTRU KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W OIPIP W ŁODZI****PŁATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE,
MIESIĘCZNE RATY**Możliwość dofinansowania przez ORPIP
GWARANCJA! 100% PEWNOŚCI! • KARTA STAŁEGO KLIENTA! • 10% ZNIŻKI NA KOLEJNE KURSÓW!
ZAPEWNIAMY PROFESJONALIZM I NAJWYŻSZĄ JAKOŚĆ KSZTAŁCENIA**www.erudio.com.pl**Kierunek Pielęgniarstwo Akademii Humanistyczno-Ekonomicznej serdecznie zaprasza do udziału
w IX Ogólnopolskiej Konferencji Szkoleniowo-Naukowej**Ewaluacja kształcenia pielęgniarek i położnych w Polsce.
Starzenie się społeczeństwa wyzwaniem dla zespołu opieki interdyscyplinarnej**która odbędzie się **10 maja 2013 r.** w siedzibie naszej uczelni w Łodzi. Szczegóły na stronie internetowej
www.pielęgniarstwo.ahe.lodz.pl

Komisja Opieki Paliatywno-Hospicyjnej przy OIPIP w Łodzi uprzejmie zaprasza na szkolenie:

Obrzęk limfatyczny w chorobie nowotworowejSzkolenie odbędzie się w dniach **26–27 kwietnia 2013 r.** na terenie Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi, ul. Piotrkowska 17. Szkolenie obejmuje część teoretyczną i zajęcia ćwiczeniowe w zakresie kształtowania umiejętności wykonania masażu limfatycznego i bandażowania wielowarstwowego w kompleksowej terapii przeciwobrzękowej. Szkolenie bezpłatne. Liczba miejsc ograniczona, decydować będzie kolejność zgłoszeń. Formularz zgłoszeniowy do pobrania w biurze OIPIP w Łodzi i na stronie internetowej OIPIP: www.oipp.lodz.pl. Karty zgłoszeń należy składać do 27 marca 2013 r. do sekcji szkoleń OIPIP. Informacje dodatkowe udzielane są pod numerem telefonu 042 639 92 62. Uczestnicy szkolenia otrzymują certyfikaty.**Życie kulturalne**

ZDZISŁAWA KULESZA

W dniu 24 listopada 2012 r. byliśmy w Teatrze Powszechnym na komedii Juliusza Machulskiego pt. „Next-ex” w reżyserii Justyny Celedy. Na scenie małżeństwo w dowcipnej rozmowie oczekuje na córkę z jej sympatią. Okazuje się, że ojcu nie odpowiada żaden kandydat na jej męża. Akcja toczy się w pełnych humoru i ruchu na scenie bardzo sprawnych aktorów, wykorzystujących liczne skoki i przewroty. Na scenie

jest też zespół muzyczny wykonujący znane melodie w nowej aranżacji. Aktorzy również śpiewają piosenki. Na scenie pojawia się młodzieniec na motorze. Zawiązana intryga przynosi dobre rezultaty. Spektaklowi towarzyszyły liczne śmiechy i brawa dla wykonawców. Choć scenografia była skromna to aktorzy swą sztuką ubawili publiczność, która na zakończenie biła długo brawa. Był to mile spędzony wieczór.

*Żaden dzień nie jest podobny do drugiego, każde jutro kryje w sobie cud, magiczną chwilę,
która burzy stare światy i tworzy nowe gwiazdy.*

Paulo Coelho

Podziękowanie dla Pani**HALINY DROZDA**Pielęgniarki Oddziałowej Centralnej Zakaźnej Izby Przyjęć,
Izby Przyjęć Internistycznej i
Izby Przyjęć Dermatologicznej

za długoletnią pracę zawodową w związku z przejściem na emeryturę.

Pani Halina Drozda pracowała w tutejszym szpitalu ponad 40 lat, z czego kilkanaście lat na stanowisku Pielęgniarki Oddziałowej Izby Przyjęć. Była nieocenionym szefem. Odpowiedzialna, sumienna, niezawodna. Z wielkim zapałem i zaangażowaniem podchodziła do powierzonych jej zadań i obowiązków, dawała dobry przykład swoją osobą. Zawsze stała po stronie swojego personelu, motywowała nas i zachęcała do doskonalenia, wymagająca ale sprawiedliwa. Stworzyła bardzo dobrą atmosferę w pracy, dbała o to, abyśmy czuli się tutaj pewnie i bezpiecznie, a wszystko było na najwyższym poziomie. Jednocześnie Pani Halina jest naszą dobrą koleżanką, zawsze można na nią liczyć. Jest z nami w chwilach trudnych, gotowa do pomocy, a także wspólnie z nami cieszy się sukcesami i radościami tak zawodowymi jak i osobistymi. Jest i będzie dla nas kimś specjalnym i wyjątkowym.

DZIĘKUJEMY.*Życzymy dni pełnych szczęścia, radości i spełnienia oraz realizacji marzeń i pragnień
w tym nowym etapie życia.*Pracownicy Centralnej Zakaźnej Izby Przyjęć,
Izby Przyjęć Internistycznej oraz
Izby Przyjęć Dermatologicznej
WSSz im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi



W dniu 15 listopada 2012 r. odszedł od nas

Sławomir Wnukowski (l. 53)

specjalista pielęgniarstwa anestezyjologicznego

Wspaniały, życzliwy, wesoły, uczciwy człowiek, który nigdy nie odmówił nikomu pomocy. To nagłe odejście zaskoczyło nas wszystkich. Trudno żegnać przyjaciela i kolegę. Ciągłe mamy wrażenie, że zaraz przyjdzie. Każdy z nas widzi go w innej sytuacji. Te wspomnienia muszą nam teraz wystarczyć, gdyż nowe już nigdy nie powstaną. Nie zdążyliśmy pokazać mu, jak wiele dla nas znaczył, ale w naszych sercach i pamięci pozostanie na zawsze.

Przełożona pielęgniarek
oraz Koleżanki i Koledzy III Szpitala Miejskiego im. dr. K. Jonschera w Łodzi



W dniu 3 stycznia 2013 r. odeszła od nas droga koleżanka pielęgniarka

Danuta Zielińska (l. 71)

Była przykładem skromności, rzetelności i pracowitości. W sposób godny i odpowiedzialny niosła pomoc małym pacjentom przez wiele lat swojej pracy zawodowej. Na zawsze pozostaniesz w naszych sercach i pamięci.

Żegnają Cię Koleżanki i Koledzy ze Szpitala Klinicznego nr 4 im. M. Konopnickiej w Łodzi



*Za szybko los przesywał
ziarenka piasku
w klepsydze życia
Pogodzić się z myślą,
że Cię nie ma?
Tylko jak to zrobić?*

Z ogromnym żalem zawiadamiamy, że dnia 7 stycznia 2013 r. odeszła od Nas na zawsze Nasza koleżanka

Irena Laskowska

Długoletnia pielęgniarka Oddziału Psychiatrii Męskiej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. Marii Skłodowskiej-Curie w Zgierzu. Odeszła od Nas nagle i zbyt szybko, ale zawsze będziemy o Niej pamiętać! Wrażliwa na ludzkie cierpienie. Na zawsze pozostanie w Naszych myślach i sercach!

Koleżanki i Koledzy z oddziału
Kadra kierownicza średniego personelu medycznego WSS w Zgierzu