

Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Łodzi

- 2 Słowo przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
- 3 Serwis informacyjny
- 4 **Szkolenia, konferencje**
- 5 Być czy nie być – szkoda wolnego czasu
- Rozstrzygnięcie konkursu**
- 6 Zawsze chciałam zostać pielęgniarką
- 7 Praca zawodowa
- 9 Apetyt rośnie w miarę jedzenia
- Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie**
- 11 Gdzie kończy się rozsądek, a zaczyna jałmużna?
- 14 Diagnoza pielęgniarska w procesie pielęgnowania
Warsztaty dydaktyczne.
- Kącik emerytek**
- 17 Ziemia Wieluńska w Złotej Jesieni
- Okiem psychologa**
- 18 Postawa psychoterapeutyczna kluczem do pozytywnych efektów w opiece i leczeniu. Właściwe udzielanie informacji
- 20 Starość – life-span czy ageiz?
- 23 **Kącik biblioteczny**
- Katolickie Stowarzyszenie Pielęgniarek i Położnych**
- 24 Sens Adwentu
- 24 Z żałobnej karty

Pomódlmy się w Noc Betlejemską,
w Noc Szczęśliwego Rozwiązania,
by wszystko się nam rozplątało,
węzły, konflikty, powikłania.

Jan Twardowski

Przed nami
cudowne i głębokie
w treść i przeżycia
święta Bożego
Narodzenia.
Dzieląc się
wigilijnym
opłatkiem życzymy
Czytelnikom
naszego biuletynu,
aby te święta
były źródłem
radości i nadziei
w Waszych sercach
i rodzinach.

Redakcja

Wydawca: Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
Adres redakcji: 90-406 ŁÓDŹ, ul. Piotrkowska 17
tel. 42-633 22 48; fax 42-633 68 74; e-mail: biuletyn@oipp.lodz.pl

Redaktor Naczelna: mgr Maria Kowalska

Do użytku wewnętrznego. Otrzymują bezpłatnie członkowie OIPIP.

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

ISSN: 1640 - 7679

Skład: OIPIP – Agnieszka Wypych

Nakład: 3700 egzemplarzy

Druk: BiK – M. Bernaciak, (42) 676 07 78, biuro@drukarnia-bik.pl

Słowo Przewodniczącej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Łodzi



Agnieszka Kałużna
mgr pielęgniarstwa

Przewodnicząca
Okręgowej Rady
Pielęgniarek
i Położnych w Łodzi

Szanowni Państwo,
witam serdecznie wszystkie Pielęgniarki, Pielęgniarzy i Położne z terenu naszej Izby i uprzejmie Państwa informuję, iż delegaci XXVII Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego, który odbył się w dniach 20 – 21 października 2011 roku, wybrali nowe organy samorządowe, w tym Okręgową Radę, mnie zaś wybrano na stanowisko przewodniczącej tejże Rady.

Żywię nadzieję, że Ci delegaci, którzy oddali głos na moją kandydaturę byli wyrazicielami tych wszystkich Koleżanek i Kolegów – pielęgniarek i położnych, którzy obdarzyli mnie zaufaniem powierzając pełnienie tej zaszczytnej funkcji.

Dziękuję wszystkim wyborcom za ten mandat zaufania. Wybór na Przewodniczącą Okręgowej Rady jest dla mnie ogromny zaszczytem ale również zobowiązaniem.

Wkroczyliśmy w kolejną już VI kadencję działalności naszego zawodowego samorządu. W poprzednich latach

mimo rozlicznych przemian, jakie dokonywały się w polityce zdrowotnej i nie tylko, dążyliśmy do osiągnięcia wyznaczonych celów i kierunków, by znaleźć właściwe miejsce dla rozwoju współczesnego pielęgniarstwa w strukturach i organizacji ochrony zdrowia. Rezultaty nie zawsze były satysfakcjonujące. Jednak niepowodzenia i porażki nie mogą zniechęcać nas do dalszych działań na rzecz naszego środowiska zawodowego.

Głęboko wierzę, że pielęgniarki i położne doceniają znaczenie samorządu dla zawodu, dla każdej i każdego z nas z osobna. Myślę, że wiele zależy od nas samych i od naszego nastawienia do problemów, z którymi borykamy się na co dzień w pielęgowaniu i w pielęgniarstwie. Wyrażam przekonanie, że dalsza współpraca, życzliwość i partnerstwo pomogą nam pokonać wspólne problemy i zbudować porozumienie.

Serdecznie zapraszam do tej współpracy wszystkich, również tych, którzy poddają krytyce działania samorządu. Musimy być solidarni i dobrze zorganizowani, by uchronić nasze środowisko przed negatywnymi skutkami proponowanych reform, by wyznaczać nowe kierunki rozwoju pielęgniarstwa w nadchodzącej przyszłości. Wszyscy „My – to Samorząd” i to na nas spoczywa ogromna odpowiedzialność za dalsze losy pielęgniarstwa.

Przewodniczącym i nowo wybranym członkom organów samorządowych serdecznie gratuluję i życzę wytrwałości oraz oczekiwanych efektów z podejmowanych decyzji i działań.

Wam drodzy Koleżanki i Koledzy życzę dumy i satysfakcji z wykonywanego zawodu pielęgniarki i położnej. Zawody te były i zawsze będą bardzo ważne w systemie ochrony zdrowia. W życiu osobistym życzę dobrego zdrowia i szczęścia.

Atmosfera świąt Bożego Narodzenia wynikająca z ich genezy i zwyczajów jest po prostu urzekająca. Trudno o coś bardziej wzruszającego niż polska wigilia na którą rodzina zjeżdża się z całego świata. To najbardziej rodzinne ze wszystkich świąt. Z tej okazji składam Państwu najpiękniejsze życzenia zdrowych, radosnych i pełnych miłości rodzinnej Świąt a Nowy 2012 Rok niech będzie dla Was czasem pokoju dostatku oraz wzajemnej życzliwości i dobroci.

W imieniu Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych, Okręgowego Rzecznika, Okręgowego Sądu oraz Komisji Rewizyjnej

*Życzy Wam Przewodnicząca ORPiP
mgr Agnieszka Kałużna*

Najważniejsze uchwały i podjęte decyzje podczas posiedzenia

ORPiP w dniu 15 listopada 2011 r.

- ▶ Podsumowano obrady XXVII Okręgowego Zjazdu Pielęgniarek i Położnych (sprawozdawczo-wyborczego), który odbył się w dniach 20 – 21.10.2011 r.
 - ▶ Podjęto decyzje administracyjno-regulaminowe i dokonano wyboru Prezydium ORPiP VI kadencji w składzie:
 - **Przewodnicząca ORPiP: Agnieszka Kałużna**
 - **Wiceprzewodniczące ORPiP: Dorota Rybińska (pielęgniarka), Bożena Pawłowska (położna)**
 - **Sekretarz ORPiP: Maria Kowalczyk,**
 - **Skarbnik ORPiP: Maria Cianciara,**
 - **Członkowie ORPiP: pielęgniarki – Lucyna Okulska, Mirosława Olejniczak, Ewa Wójcik, Danuta Zwolińska, położna – Elżbieta Krokocka.**
 - ▶ Stwierdzono prawo wykonywania zawodu oraz dokonano wpisu do rejestru pielęgniarek – 7 pielęgniarkom.
 - ▶ Skreślono z rejestru pielęgniarek oraz z listy członków OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek.
 - ▶ Wpisano na listę członków OIPiP w Łodzi – 6 pielęgniarek i 1 położną.
 - ▶ Wpisano do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek i położnych – 12 praktyk pielęgniarek/pielęgniarsza,
 - ▶ Podjęto decyzję dotyczącą przeszkolenie po przerwie w wykonywaniu zawodu dłuższej niż pięć lat 1 pielęgniarsce skrócono okres przeszkolenia.
 - ▶ Wpisano do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych – Erudio: kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego i pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących, kurs specjalistyczny w zakresie wykonania konikopunkcji, odbarczenia odmy przeźnej oraz wykonania dojścia doszpikowego i szczepienia ochronne noworodków.
 - ▶ Przyznano dofinansowanie udziału w doskonaleniu zawodowym w: konferencji, sympozjum, zjeździe – 11 osobom, kursie dokształcającym – 1 osobie, kursie specjalistycznym – 11 osobom, kursie kwalifikacyjnym – 6 osobom, studiach podyplomowych – 1 osobie.
 - ▶ 2 osobom odmówiono dofinansowania ze względu nie spełnienia wymogu regulaminowego: wniosek złożony po upływie terminu, wykorzystane dofinansowanie w 2011 r.
 - ▶ Przyznano nagrodę finansową po ukończeniu studiów magisterskich finansowej po ukończeniu studiów magisterskich 2 osobom a 1 osobie odmówiono ze względu na nie spełnienie wymogu regulaminowego: nie udokumentowane systematyczne opłacanie składek członkowskich przez okres 2 lat.
 - ▶ Przyznano nagrodę finansową w związku z uzyskaniem tytułu doktora nauk o zdrowiu 1 osobie.
 - ▶ Przyznano zapomogi bezzwrotne w wysokości po: 2500 zł – 1 osobie, 2000 zł – 1 osobie, 1050 zł – 1 osobie, 1000 zł – 1 osobie, 700 zł – 2 osobom, 500 zł – 1 osobie.
 - ▶ Zatwierdzono:
 - pełnomocników ORPiP i ich zastępców w rejonach wyborczych/zakładach wybranych na okres VI kadencji oraz harmonogram spotkań od 2012 roku – 3 wtorki miesiąca o godzinie 12.00,
 - harmonogram spotkań od 2012 roku kadry kierowniczej zakładów – 3 środa miesiąca: 02, 04, 06, 09, 11 i 12.2012 r., o godzinie 13.00,
 - dofinansowanie działalności Koła Emerytowanych Pielęgniarek i Położnych w roku 2012 w wysokości 10000 złotych.
 - sfinansowanie kosztów szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa onkologicznego, program dla pielęgniarek, realizowanego przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego w Łodzi dla 25 członków OIPiP w Łodzi w latach 2012-2014, w wysokości do kwoty 73 000 zł
 - koszty udziału przedstawicieli OIPiP w szkoleniu okręgowych rzeczników i ich zastępców wybranych na VI kadencję oraz pracowników obsługi biura ORZOZ w Warszawie organizowanym przez NRZOZ.
 - honoraria dla 5 autorów artykułów opublikowanych w Biuletynie Nr 7-9/2011.
 - przyjęcie rezygnacji i zatwierdzono Przewodniczącą Komisji Pielęgniarek Psychiatrycznych.
 - ▶ Wytypowano przedstawiciela ORPiP do składu osobowego komisji egzaminacyjnej w:
 - „Erudio”: kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, program dla pielęgniarek, i pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki;
 - „Akademii Zdrowia”: kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego (Rawa Maz.) i pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (Tomaszów Maz.) oraz kurs specjalistyczny Wykonanie i interpretacja zapisu EKG (Radomsko).
 - ▶ Powołano składy osobowe komisji konkursowych na stanowiska kierownicze: 2 pielęgniarek naczelnych, 1 pielęgniarki przełożonej, 10 pielęgniarek/położnych oddziałowych i 1 ordynatora.
- Serdecznie zapraszamy na coroczne spotkania świąteczne reprezentantów środowiska:
- 13 grudnia 2011 r., o godzinie 14.00 – członków ORPiP,
 - 14 grudnia 2011 r., o godzinie 12.00 – pełnomocników ORPiP i komisji problemowych OIPiP,
 - 15 grudnia 2011 r., o godzinie 12.00 – kadrę kierowniczą zakładów ochrony zdrowia

oprac. mgr Maria Kowalczyk – sekretarz ORPiP

Kierunek Pielęgniarstwo AHE w Łodzi zaprasza na VIII Ogólnopolską Konferencję Szkoleniowo-Naukową

**EWALUACJA KSZTAŁCENIA PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH W POLSCE.
REHABILITACJA W HOLISTYCZNEJ OPIECE NAD CZŁOWIEKIEM**

Konferencja odbędzie się w dniu 9 maja 2012 roku w gmachu AHE w Łodzi przy ul. Rewolucji 1905 r. nr 52.

Program ramowy: I. Badania naukowe w pielęgniarstwie i położnictwie. II. Rehabilitacja w holistycznej opiece nad pacjentem. III. Wykorzystanie funkcji rehabilitacyjnej pielęgniarki w opiece holistycznej.

Formularze uczestnictwa czynnego i biernego dostępne są na stronie internetowej www.pielęgniarstwo.ahe.lodz.pl

Termin nadsyłania zgłoszeń uczestnictwa czynnego upływa 20.02.2012 r.

Termin nadsyłania zgłoszeń uczestnictwa biernego upływa 25.04.2012 r.

Formularze zgłoszeniowe prosimy przesyłać:

- e-mailem na adres: rogalskaa@ahelodz.pl lub ztokarski@ahelodz.pl
- faksem pod numer: (042) 29 95 674
- lub pocztą na adres: Akademia Humanistyczno-Ekonomiczna w Łodzi, 90-222 Łódź, ul. Rewolucji 1905 r. nr 64 z dopiskiem „Konferencja – Pielęgniarstwo”

Celem konferencji jest doskonalenie kwalifikacji zawodowych. Koszt uczestnictwa w konferencji wynosi 100 zł (w tym obiad, serwis kawowy, materiały konferencyjne, monografia). Wniesienie opłaty do 25.04.2012 r. jest warunkiem uczestnictwa w konferencji. Prosimy w tytule przelewu wpisać „Konferencja – Pielęgniarstwo” oraz imię i nazwisko uczestnika. Faktury VAT wystawiane są tylko na osoby/institucje dokonujące wpłaty. Nr konta: BZ WBK SA II O/Łódź 25 1090 1304 0000 0001 0104 4736. Prace prezentowane podczas konferencji po uzyskaniu pozytywnej recenzji zostaną wydane w formie monografii, którą uczestnicy otrzymają w dniu konferencji.

Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi zaprasza pielęgniarki i położne do uczestnictwa w comiesięcznych, otwartych, wtorkowych szkoleniach w 2012 roku. Przedstawimy Państwu następujące zagadnienia:

- 10 stycznia 2012 r.: „**Rola położnej w opiece nad pacjentką poddawaną operacjom ginekologicznym**”
- 7 lutego 2012 r.: „**Leczenie operacyjne guzów mózgu z zastosowaniem neuroinwazji**”
- 6 marca 2012 r.: „**Obrzęki limfatyczne – terapia przeciwobrzękowa**”
- 3 kwietnia 2012 r.: „**Kardiologia interwencyjna**”
- 8 maja 2012 r.: „**Pacjent po operacji kardiologicznej z długotrwałym drenażem – wyzwanie dla lekarza i pielęgniarki**”
- 5 czerwca 2012 r.: „**Clostridium Difficile Infection (CDI) jako zakażenie szpitalne**”
- 4 września 2012 r.: „**Nowoczesne metody w terapii noworodka (ECMO, KULING)**”
- 2 października 2012 r.: „**Higiena rąk**” (szkolenie dla salowych i sanitariuszy szpitalnych)
- 6 listopada 2012 r.: „**Manifestacja objawów klinicznych u dziecka z alergią**”
- 4 grudnia 2012 r.: „**Jak ocenić rozwój dziecka w 1 roku życia**”

Miejsce szkoleń: Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki”, Łódź ul. Rzgowska 281/289, aula pawilonu ginekologiczno-położniczego, godz. 13.00 – 15.00

Zgłoszenia uczestnictwa prosimy kierować telefonicznie (na dwa tygodnie przed wyznaczonym terminem szkolenia) pod numer (042) 271 11 19 – koordynator ds. szkoleń.

Być czy nie być – szkoda wolnego czasu

WIESŁAWA JĘDRYCHOWSKA

Ustawa o zawodzie pielęgniarki i położnej z dnia 5 lipca 1996 roku (DzU z dnia 30 lipca 1996 r.) nakłada na nasze środowisko obowiązek stałego samokształcenia i aktualizowania wiedzy wraz z umiejętnościami byśmy w pełni mogli według ustawy wykonywać swój zawód ze szczególną starannością. W bardzo podobny sposób mówi o tym art. 61. znowelizowanej ustawy o zawodzie pielęgniarki i położnej, która wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2012 roku: *1. Pielęgniarka i położna mają obowiązek stałego aktualizowania swojej wiedzy i umiejętności zawodowych oraz prawo do doskonalenia zawodowego w różnych rodzajach kształcenia poddyplomowego.*

W tym celu Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Łodzi organizowała dla środowiska o różnej tematyce konferencje szkoleniowo-naukowe. Większość konferencji była prowadzona i zarządzana przez członków komisji, z których powoływane były komitety organizacyjne i naukowe. Osoby te poświęcały swój wolny czas, a niekiedy i urlopy wypoczynkowe, by w pełni sprostać wymaganiom środowiska i zapewnić odpowiedni poziom konferencji. Następnie ukazywała się w Biuletynie krótka notatka informująca o miejscu i tematyce konferencji, zawierająca prośbę o wstępne zgłoszenie chęci uczestniczenia. Kolejnym krokiem było prowadzenie listy potencjalnych uczestników konferencji, którą dla komisji prowadzili pracownicy OIPiP. Z reguły listy te wypełniane były powoli i niekoniecznie z własnej woli (wiele osób odgórnie było kierowanych przez swoich przełożonych, co miało odzwierciedlenie we frekwencji). Przeprowadzając wielokrotnie analizę

ankiet z poszczególnych konferencji wynikało, iż są one konieczne – wręcz niezbędne – ponieważ wnoszą w nasze środowisko pewne poczucie bezpieczeństwa i pewność w wykonywaniu i pełnieniu funkcji zawodowych. W ankietach tych było również wiele słów krytyki zarówno pod adresem wykładowców jak i lokali, w których przeprowadzano konferencje. Sądzę, że uczestnicy konferencji, poza wyjątkami, krytykując zarówno tematykę jak i wykładowców, nie zdają sobie sprawy, że osoby te występują za przysłowiowe *dziękuję* i nikt nie jest w stanie oddać im czasu, który poświęciły na przygotowanie prezentacji. Następną sprawą jest umiejętność wyjścia przed publiczność i zaprezentowania swojej wiedzy – nie każdy ją posiada, nie jest to sprawą łatwą. Dlatego niezależnie od tego, na jakim poziomie była dana prezentacja, trzeba mieć świadomość, iż zostały poniesione koszty czasowe i finansowe spoczywające wyłącznie na autorze. Zawsze łatwiej jest coś skrytykować niż podjąć własne działania i stanąć po drugiej stronie.

Wybór lokali, w których odbywały się konferencje, był uzależniony od danych jednostek szpitalnych, które wypożyczały je za darmo w ramach dobrej współpracy z samorządem. Zazwyczaj mogliśmy wykorzystywać je w okresie, kiedy nie były w nich organizowane inne spotkania czy wykłady. Koszty cateringu, jaki był oferowany na poszczególnych konferencjach, ponosiliśmy sami ze składek, jakie co miesiąc odprowadzamy do OIPiP. Wychodząc jednak naprzeciw oczekiwaniom i wymaganiom naszego środowiska od tego roku konferencje organizowane są w miejscach spełniające wszelkie oczekiwania naszego

środowiska, z tą różnicą, iż tym razem ponosimy dużo większe koszty za wynajem sali i cateringu. Prawdą jest, że rezerwowanie list na poszczególne konferencje odbywa się błyskawicznie, gorzej jednak jest z realizacją. Przykładem może być ostatnia konferencja zorganizowana w hotelu Borowiecki, na którą zgłosiło chęć uczestnictwa 160 osób, a w rezultacie uczestniczyło 110. Koszty, jakie w związku z tym zostały poniesione i bezsensownie utracone, mogły zasilić kolejną konferencję lub posłużyć w innym celu, choćby zwiększeniu uczestnictwa o kilka miejsc na jakimś szkoleniu. Ponieważ sytuacja ta nie jest jedynakowa, lecz z roku na rok nasila się w postaci bez troski i braku poczucia odpowiedzialności naszych kolegów i koleżanek, Komisja Kształcenia i Doskonalenia Zawodowego skieruje pismo do Okręgowej Rady z propozycją, by uczestnictwo w kolejnych konferencjach było choćby częściowo odpłatne. Może wówczas zastanowimy się nad rzeczywistymi kosztami, jakie zostają poniesione przez organizatorów i choćby w niewielkim stopniu weźmiemy odpowiedzialność za obowiązek spoczywający na środowisku odnośnie samokształcenia. To prawda – nie posiadamy jeszcze obowiązku gromadzenia punktów edukacyjnych, wszystko przed nami, lecz czy nie wystarczy nasza świadomość, iż bez ciągłego podnoszenia wiedzy nie możemy należycie wykonywać naszych zadań zawodowych. Dlaczego pozwalamy, by miejsca na konferencji, szkoleniach czy innych formach edukacji były traczone w bezsensowny sposób? Czy to bez troska czy po prostu brak wolnego czasu. To po co rezerwowałam miejsce, w jakim celu? Na te pytania musimy odpowiedzieć sobie sami.

Zawsze chciałam zostać pielęgniarką

MARTA JASTRZĘBOWSKA

Jakkolwiek nie zabrzmiałoby to groteskowo odkąd pamiętam zawsze chciałam zostać pielęgniarką... Na każdym etapie dorastania upewniałam się tylko w tym przekonaniu, a ostateczna i nieodwołalna decyzja zapadła w chwili wyboru szkoły średniej – moje marzenie się spełniło i pierwszy krok w realizacji życiowych planów został pokonany. Wiedziałam, że praca będzie ciężka i odpowiedzialna, ale jednocześnie niezmiernie ciekawa, fascynująca i potrzebna. Każdy dzień to nowe wyzwanie, doświadczenie i nauka radzenia sobie w różnych sytuacjach. Wszyscy wiemy, że praca z ludźmi jest trudna a szczególnie z ludźmi chorymi, dla których nowa sytuacja życiowa tzn. choroba często wykryta przypadkiem jest źródłem ogromnego stresu, a My musimy nad tym stresem zapanować jednocześnie panując nad swoim. Będąc w pracy nie przestajemy być mamami, żonami czy córkami, nie opuszczają nas troski, kłopoty i zmartwienia dnia codziennego i nie znamy (niestety) cudownego lekarstwa na ich chociażby złagodzenie. Mimo ogromnego postępu technicznego w każdej dziedzinie także pielęgniarstwie – nowy lepszy sprzęt, szybsza i dokładniejsza diagnostyka, zmiana sprzętu wielorazowego na jednorazowy, nasza rola jest taka sama – opieka nad pacjentem. Oczekuje się od nas dużej empatii, zaangażowania i poświęcenia oferując trudne warunki pracy i niesatysfakcyj-

nujące zarobki. Zmiany pokoleniowe i polityczne następują szybko i często, zmiany mentalne proporcjonalnie odwrotnie. Wciąż w społeczeństwie trudno o zrozumienie dla naszego powołania, często frustracja chorych wywołana niezadawalającym poziomem świadczeń zdrowotnych przelewana jest na personel pielęgniarski, będący jednocześnie trybikami tej samej maszyny społecznej co pacjenci. Ale właśnie to My, kiedy wszyscy szczęśliwi siedzą w gronie rodzinnym, odchodzimy od stołu wigilijnego zostawiając nasze dzieci, to My często nie jesteśmy obecne, kiedy nasze dziecko robi pierwszy kroczek albo pojawia się pierwszy ząbek. W tym właśnie czasie pomagamy ludziom, którzy bez wątpienia tej pomocy potrzebują, jesteśmy cierpliwe, opanowane i uśmiechnięte, ze stoickim spokojem podchodzimy do często kąśliwych i nieuprzejmych uwag naszych podopiecznych pamiętając cały czas o tym, że mamy do czynienia z ludźmi chorymi, u których poziom odporności na stres jest bardzo niski. Wykonywany przez nas zawód jest obciążający zarówno fizycznie jak i psychicznie i to nie tylko dla nas, ale także dla naszych najbliższych.

Kiedy zmęczone dwunastogodzinnym dyżurem wracamy do domu, często to właśnie na najbliższych przelewamy nasze zdenerwowanie i zfrustrowanie. Nie mamy czasu dla naszych milusińskich, trudno znaleźć czas na wyjście z mężem do kina czy

na kolację. W porównaniu z naszymi koleżankami z zagranicy ilość naszych obowiązków jest przytłaczająca, partnerstwo z pokrewną grupą zawodową pozostawia wiele do życzenia nie wspominając już nawet o dysproporcjach finansowych, ale czy w związku z tym pracujemy gorzej – nie. Szkolimy się, podnosimy kwalifikacje, jesteśmy gotowe do współpracy i konstruktywnego działania na rzecz pacjentów. Jesteśmy potrzebne i to nigdy się nie zmieni.

Pełniąc swą misję narażone jesteśmy na różne sytuacje – miłe, nieprzyjemne, a nawet przykre. Pomagamy nie tylko pacjentom bezpośrednio, także ich rodzinom, jesteśmy przy nich w chwili narodzin i wielkiej radości, w chwili załamań w trakcie prowadzonego leczenia a także w ostatnich chwilach trzymając za rękę – tak to My Pielęgniarki.

Niewątpliwie wykonywany przez nas zawód ma ogromny wpływ na nasze życie nie tylko osobiste, ale przede wszystkim rodzinne z jednej strony, częsty brak motywacji wywołuje nasze niezadowolenie i zwątpienie w sens naszego działania, ale z drugiej strony każdy uśmiech pacjenta po zabiegu, moment sukcesu terapeutycznego po zakończonej np. rehabilitacji w postaci pierwszych kroków, czy w końcu obecność przy narodzinach to chwile będące naszym udziałem, chwile stanowiące blaski przychodzące zaraz po cieniach tego jakże chwalebego zawodu.

Praca zawodowa

KATARZYNA KOTERAS

Praca zawodowa jest jedną z ważniejszych dziedzin naszego życia. Decyduje ona bowiem o stanie zdrowia każdego z nas. Może być źródłem satysfakcji życiowej, a także pozytywnie wpływać na kondycję psychofizyczną. Jednak aktywność zawodowa wywołuje wiele obciążeń i niesie ze sobą również negatywne skutki.

U osób, które uprawiają zawody polegające na pomaganiu innym, można zaobserwować niekorzystny wpływ pracy na zdrowie psychofizyczne. Szczególnie narażeni na negatywne skutki pracy są ludzie zatrudnieni w służbie zdrowia. Biorą oni bowiem udział w sytuacjach wzbudzających bardzo intensywne emocje.

Szczególnie obciążony z uwagi na niezwykle dużą stresogenność jest zawód pielęgniarki. Jest to praca bardzo trudna, obciążająca, wymagająca gotowości do kontaktu z ludźmi cierpiącymi i oczekującymi pomocy. Problemy pacjentów niejednokrotnie powodują obciążenia psychiczne. Poza tym praca ta charakteryzuje się ponoszeniem odpowiedzialności za zdrowie i życie ludzkie, co destrukcyjnie oddziałuje na dobrostan fizyczny i psychiczny. Pielęgniarki jako jedna z nielicznych grup społecznych szczególnie narażone są na utratę satysfakcji zawodowej i ogólnej satysfakcji życiowej. Przewlekły stres, trudne warunki pracy oraz błędy organizacyjne mogą stać się przyczyną wypalenia zawodowego, co niesie szereg niebezpieczeństw zwią-

zanych ze sferą fizyczną, psychiczną, emocjonalną i rodzinną.

Zaburzone relacje w środowisku pracy pielęgniarek niekorzystnie wpływają na ich stosunki rodzinne. Przejawia się to osłabieniem zainteresowania sprawami rodzinnymi, co powoduje, iż w relacjach z najbliższymi odczuwana jest złość i rozdrażnienie. Transmisja stresu w pielęgniarstwie występuje częściej niż w innych zawodach. Złość, frustracja, zmęczenie fizyczne, lęk, bezsilność są stale obecne w codziennej pracy pielęgniarki. Niewątpliwie wpływają one na życie rodzinne, co powoduje pogorszenie relacji z współmałżonkiem i dziećmi. Poza tym duże zaangażowanie w obowiązki zawodowe może stać się przyczyną konfliktu ról społecznych, a co za tym idzie zaniedbanie zadań rodzinnych.

Zaburzone relacje w środowisku pracy pielęgniarek niekorzystnie wpływają na ich stosunki rodzinne. Przejawia się to osłabieniem zainteresowania sprawami rodzinnymi.

Czynniki związane z samym środowiskiem pracy jak i sposób pełnienia ról społecznych mogą przyczynić się do powstawania stanów depresyjnych oraz podnosić poziom lęku i depresji.

Pielęgniarka jest człowiekiem „z krwi i kości”, choć bywa nieludzko zmęczona. Kiedy brakuje jej wsparcia w środowisku pracy, przenosi problemy pacjentów na życie prywatne, odczuwa wtedy nieporozumienie dla własnych przeżyć zawodowych w środowisku rodziny, przyjaciół, znajomych. Konieczność wykonywania obowiązków w systemie zmianowym, niestandardowe godziny pracy (praca w nocy, w weekendy, w święta) ograniczają życie towarzyskie oraz zakłócają równowagę między pracą i życiem rodzinnym. Taki system zatrudnienia jest także niezgodny z uwarunkowaną fizjologicznie gotowością do pracy fizycznej i umysłowej. Zwłaszcza praca nocna przyczynia się do zaburzeń snu, trawienia i chorób serca. U kobiet pracujących w trybie zmianowym zaobserwować można zaburzenia cyklu miesięcznego, obniżoną płodność oraz częstsze poronienia, co niekorzystnie wpływa na życie rodzinne.

Kolejnym aspektem niesprzyjającym życiu rodzinnemu pielęgniarek jest brak ich autonomii w podejmowaniu decyzji. Także poczucie niskiego statusu w hierarchii zawodowej oraz niewystarczające wynagrodzenie psychologiczne i finansowe za wkład pracy.

Pielęgniarka, dzisiejsza „superwoman” wznosi się ponad przeciętność poświęcając życie chorym. Pomimo wielkiego zaangażowania w służbę starszych i cierpiących sama skażowana jest na nieetyczne warunki pracy i płacy, które charakteryzuje niedocenywanie i pogłębiająca się pauperyzacja. Dodatkowo brak uznania w opinii przełożonych, brak perspektyw rozwoju zawodowego oraz niepewność zatrudnienia zaburza relacje pielęgniarka – rodzina. Ponadto w środowisku szpitalnym narażona jest na wiele niekorzystnych dla jej zdrowia czynników. Przepelnione sale chorych, pomieszczenia bez klimatyzacji, powietrze zanieczyszczone oparami środków dezynfekcyjnych i leków prowadzą do szybkiego wyczerpania fizycznego organizmu. Stały kontakt z potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym pochodzącym od pacjenta czy ze szkodliwymi czynnikami chemicznymi zwiększa ryzyko przeniesienia zakaźnej choroby do środowiska rodzinnego. Także bezpośredni kontakt z cierpieniem i śmiercią pacjentów może doprowadzić do negatywnych emocji, takich jak: pogarda, złość, nerwowość. Wysoki poziom takich emocji łączy się z kolei z obniżonym samopoczuciem oraz niezadowolaniem z życia zawodowego i osobistego. Konfrontacja ze śmiercią wzbudza refleksje także nad własnym życiem. Doświadczenie realności śmierci wzbudza przeważnie lęk i przerażenie.

Niewątpliwie praca pielęgniarki jest złożona i ma wielozadaniowy charakter. Niezbędna jest w niej konieczność posiadania dużej sprawności manualnej, predyspozycji i umiejętności. Natomiast ważnymi elementami osobowości pielęgniarki są cnoty etyczne i hierarchia wartości. To właśnie wartości absolutne i duchowe stały się dla pielęgniarek drogowskazem na życie i podstawą bycia dobrym człowiekiem nie tylko w odniesieniu do pacjenta ale także do własnej rodziny. Cnoty etyczne pielęgniarek, takie jak: życzliwość, sprawiedliwość, sumienność,

Transmisja stresu w pielęgniarstwie występuje częściej niż w innych zawodach. Złość, zmęczenie fizyczne, lęk, bezsilność są stale obecne w codziennej pracy pielęgniarki.

odpowiedzialność, dobroć, cierpliwość pomagają nie tylko w pracy zawodowej, są one wykorzystywane także w relacjach z najbliższymi. Pielęgniarka w rodzinie jest niczym skarb, gdyż pielęgniarstwo – jak żaden inny zawód – stwarza ogromne możliwości „czynienia dobra”. Przede wszystkim ofiaruje pomoc wyrażoną w słowach, gestach i czynnościach. Potrafi pomóc przezwyciężyć trudności i problemy życiowe. Ponadto uczy i motywuje do dbania o zdrowie. Swoją ciężko zdobytą wiedzę medyczną wykorzystuje nie tylko w oddziałach szpitalnych, ale także w środowisku rodzinnym. To znajomość farmaceutyków, jednostek chorobowych oraz umiejętność postępowania w ich obliczu sprawia, iż rodzina pielęgniarki czuje się bezpieczna. Dobrze wie, iż w każdej sytuacji może liczyć na jej troskliwość, współczucie, profesjonalizm. Swoje funkcje zawodowe, takie jak np.: edukacyjno-wychowawcza czy promowanie zdrowia zastosowuje w odniesieniu do najbliższych. To właśnie pielęgniarka

kształtuje ich prawidłowe zachowania zdrowotne, poczucie odpowiedzialności za zdrowie, a także przygotowuje do samoopieki. Jak żaden inny członek rodziny pielęgniarka najlepiej potrafi zrozumieć drugą osobę, zwłaszcza jeśli jest to człowiek chory. Towarzyszy ona nie tylko w zdrowiu i chorobie, ale też w niepełnosprawności. Należy zdać sobie sprawę z tego, iż osoby z najbliższego otoczenia pielęgniarki to nie tylko ludzie zdrowi. Bardzo często zdarza się, że są cierpiący lub śmiertelnie chorzy. To, z jakim zaangażowaniem podchodzi do pacjenta rzutuje na jej relacje w rodzinie. Pielęgniarka, aby móc spełniać wiele ról musi posiadać nie tylko wrażliwe serce, ale także dużo siły fizycznej i odporności psychicznej. A satysfakcja z wykonywanego zawodu daje jej także satysfakcję życiową, co wiąże się z poprawnymi relacjami w gronie najbliższych. Wpływ zawodu na życie rodzinne jest nieunikniony i oczywisty. Należy starać się postępować tak, aby nie stanął on w sprzeczności z wypełnianiem ról rodzinnych.

Warto jest pamiętać, że osiągnięcie równowagi w godzeniu pracy zawodowej z życiem rodzinnym jest łatwiejsze, jeśli przebiega według spójnika „i”, a nie „albo”. Pewnym jest, iż zawód pielęgniarki nie może być zawodem wykonywanym rutynowo. Każdy człowiek bowiem indywidualnie przeżywa swój przebieg choroby, co rzutuje później na sam proces zdrowotny. „Nasza praca nie jest łatwa, ale kiedy nam ciężko, pomyślmy, że w takiej sytuacji, w jakiej jest dany nam pod opiekę chory, może znaleźć się droga nam osoba, a nawet my, jaka opieka by nas wtedy satysfakcjonowała?”

**Wynajmę gabinetu
na Chojnach**

tel. 508 213 619

Apetyt rośnie w miarę jedzenia

Pięknie jest gdy w życiu niczego nam nie brakuje, ale zapewne wiele z nas wie, że rzadko tak bywa, bo nigdy nie można mieć wszystkiego. Czasem można stracić coś nieodwracalnie dla czegoś co nie jest tego warte.

Pielęgniarstwo jest dziedziną, która obliguje nas do tego, że po pracy nadal powinniśmy czuć się pielęgniarkami. Zatem oczekuje się od nas, że ciągle powinniśmy być gotowi do *niesienia pomocy* drugiemu człowiekowi. I tak z pewnością jest, bo mamy w sobie tę świadomość. Ale w moim artykule nie będzie informacji, jak wygląda moje pielęgniarstwo po godzinach. Natomiast chcę przedstawić problematykę pielęgniarstwa po godzinach pracy i wykorzystanie tego zawodu w drugiej pracy.

Od wielu lat pojawiają się na rynku pracy możliwości dodatkowego zatrudnienia dla personelu pielęgniarskiego, głównie z uwagi na rosnące braki pielęgniarek i pielęgniarzy. Są to głównie zawierane z pielęgniarkami umowy cywilno-prawne (umowy-zlecenia) jak również umowy ze stosunku pracy – najczęściej w niepełnym wymiarze czasu pracy. Ale zdarza się też, że podejmowane jest dodatkowe zatrudnienie w pełnym wymiarze czasu pracy, czyli pielęgniarka pracuje jednocześnie na dwóch etatach.

Odpowiedź na pytanie, czemu się tak dzieje jest banalnie prosta! Personel pielęgniarski po prostu za mało zarabia, aby zapewnić sobie i swojej rodzinie odpowiednie życie. A że zgodnie z przysłowiem *apetyt rośnie w miarę jedzenia*, jak już się raz zarobiło, to czemu nie ciągnąć tego dalej...?

I tak mijają miesiące, a potem lata... i z jednej strony coś zyskujemy, a z drugiej coś tracimy.

Co zyskujemy, czyli co jest blaskiem naszej pracy? Pieniądze! Co prawda pieniądze szczęścia nie dają, ale ułatwiają życie i bez nich nie da się żyć. Zazwyczaj w pierwszym okresie łąatają dziurawy budżet domowy – spłacamy jakieś pożyczki, wyrównujemy debety na koncie, a potem jak dobrze pójdzie planujemy mniejsze, bądź większe wydatki (zakupy dla rodziny, kupno nowej pralki, lodówki... a nawet samochodu). Wszystko zależy od naszych potrzeb lub od oczekiwania naszych najbliższych. Wśród grona znacznych pracoholików są takie osoby, które aby związać przysłowio- wy koniec z końcem muszą jeszcze gdzieś pracować. Zmusza ich do tego osobista sytuacja materialno-bytowa. Na przykład same wychowują dzieci, mają chorego członka rodziny lub nie pracującego partnera. Ale w zdecydowanej większości chcemy przede wszystkim lepiej żyć, mieć na to i owo... A także przynajmniej raz do roku gdzieś wyjechać na wakacje, pokazać przynajmniej kawałek Polski czy świata naszym dzieciom lub samemu coś zobaczyć.

Jestem osobą pracującą od wielu lat na stanowisku kierowniczym i również od wielu lat pracuję dodatkowo. Z racji pełnionej funkcji

mam też możliwość obserwacji moich koleżanek pracujących dodatkowo w różnych miejscach. Dlatego chcę odnieść się do powyższej problematyki z punktu widzenia osoby, która sama gdzieś pracuje jak również z punktu widzenia kierownika pielęgniarskiego.

Jeśli chodzi o mnie, to jestem członkiem pełnej rodziny z dziećmi, które to w chwili obecnej są już pełnoletnie. Dodatkowym zatrudnieniem zajmuje się (z małymi przerwami) od 15 lat, co niewątpliwie skutkowało tym, że moje dzieci nieczęsto widywały mnie w domu. I chyba tylko one mogłyby wypowiedzieć się w kwestii braku mojej osoby. Ale niech namiastką tego braku będzie stwierdzenie mojego syna, który podczas pewnej rozmowy stwierdził: „co Ty możesz wiedzieć jak nie było Cię ciągle w domu”. W moim odczuciu mój syn lekko przesadził, ale niestety tak to widział i w jakiejś części taka była prawda! Ponoć nie można mieć wszystkiego? Pomimo mych starań, kiedy to w dni wolne spędzało się z dziećmi maksimum czasu, to jednak moja nieobecność była bardzo odczuwalna. Po latach stwierdzam, że to nie tylko dzieci coś straciły, ale ja również, bo one przecież tak szybko rosną, dojrzewają i w końcu odcinają się od troskliwych rodziców... To jest, niestety, trochę przygnębiające, tym bardziej, że dociera do mnie, że tak szybko przeminęło dzieciństwo moich

najcenniejszych skarbów. Jednak cieszy mnie to, że udało nam się przekazać dzieciom pozytywne wartości i w całym tym okresie nie mieliśmy z nimi problemów wychowawczych. Gdyby jednak nie ta dodatkowa praca to pewnie brakowałoby na wiele innych rzeczy, które pozwoliły na poprawę komfortu mojego życia rodzinnego. Tym bardziej, że wcześniej pensja pielęgniarska była znacznie poniżej średniej pensji krajowej. Wszystkie te dodatkowe prace nie kolidowały z moją pracą zasadniczą, ale, niestety, nie raz czułem się zmęczony, szczególnie jak schodziło się z dyżuru nocnego. Bywały też pewne nerwowe sytuacje związane z szybkim przejazdem z jednej pracy do drugiej, bo chciało się być w porządku w stosunku do jednego jak i drugiego pracodawcy. Gorzej bywało z przekazywaniem samochodu mojej rodzinie, bo zawsze komuś był on potrzebny. Dopiero zakup drugiego auta (możliwy dzięki dodatkowemu zatrudnieniu) rozwiązał problem i powstającą niejednokrotnie nerwową atmosferę.

Jedno mogę z pewnością stwierdzić – po tych wielu latach pracy, że czas, który nieubłagalnie gna do przodu, mija mi z tygodnia na tydzień tak szybko, że niedawno był styczeń, a już mamy za pasem czerwiec. Życie płynie bardzo szybko i dokonując okresowej analizy swego życia śmiało mogę napisać, że coś zyskując, tracimy coś innego... W tym wszystkim pociesza mnie tylko fakt, że wykonuję piękny zawód, który umożliwia mi bycie przy człowieku w różnym okresie jego życia i zdrowia. Nie stoję przy jakiejś maszynie, tylko mam kontakt z człowiekiem i jego emocjami. Nabieram doświadczenia zawodowego w różnych specjalnościach. Dzięki temu nieco inaczej postrzegam problemy dnia codziennego i łagodniej godzę się z tym, co tracę w moim życiu rodzinnym. Moi najbliżsi wiedzą, jak bardzo kocham to co robię i cieszą się, że się spełniam i również z tego, że dodatkowo są jeszcze z innego rodzaju profity. Staram się podchodzić do każdej pracy z sercem i nie okazuje

w pracy zmęczenia, pomimo narastającego zmęczenia. Ale wiadomo, że zmęczenie rodzi stres, człowiek jest rozdrażniony, gdzieś to wszystko się kumuluje. W końcu wracając z pracy, czasem okazywało się nerwowość w domu. Dlatego pozwólcie, że w tym miejscu przeproszę za moją nieobecność, okresową nerwowość i jednocześnie dziękuję za wszystko moim najbliższym – mojej kochanej rodzinie – za cierpliwość i wyrozumiałość.

Bardzo krótko odpowiem, co jest cieniem, czyli co tracimy wykonując pracę w dodatkowym miejscu zatrudnienia? Tracimy kontakt z naszymi najbliższymi – zabieramy im siebie, zabieramy czas, który moglibyśmy im poświęcić, uczucia, których bezpośrednio nie możemy im przekazać. Tracimy również ich czas dla nas, ich uczucia. Tracimy coś co już nigdy nie będzie do odzyskania.

Czy warto? Każdy musi sam sobie odpowiedzieć na to pytanie... Na pewno nie warto dla pieniędzy tracić kochających Cię osób, więc gdy otrzymujesz znaki, że dzieje się coś złego w otoczeniu Twoich najbliższych, głęboko zastanów się czy naprawdę warto? Może jest jakieś inne wyjście?

Jeszcze krótko chcę podzielić się z Państwem moimi spostrzeżeniami i problemami, z jakimi spotykam się pełniąc funkcję kierowniczą. A powodem tych rozterek jest dodatkowe zatrudnienie wśród podległego mi personelu. Największym mankamentem są prośby grafikowe. Każdy pracownik ma własne plany życiowe i zazwyczaj chcąc je zrealizować przekazuje mi (przed ułożeniem nowego grafiku pracy) swoje prośby. Odkąd coraz większa grupa zawodowa pielęgniarek pracuje u innego pracodawcy, tych prośb pojawiła się cała masa. Do tego koleżanki pracujące dodatkowo nigdy nie są dyspozycyjne w razie pilnej potrzeby zmiany dyżuru, np. z powodu nagłego zwolnienia lekarskiego. Dostrzegam w tym błędne odbieranie pracy w tzw. podstawowym miejscu zatrudnienia. Jest grupa pielęgniarek, która przekazuje swoje prośby pod grafik pracy

w dodatkowym miejscu zatrudnienia. A czy nie powinno być tak, że dodatkową pracę dostosowuje się dopiero po ułożonym grafiku u swojego podstawowego pracodawcy? Pewnie wiele moich koleżanek odpowie, że jak będę zarabiała tyle co u innego pracodawcy, to będę bardziej ceniła swojego podstawowego pracodawcę. Ale zazwyczaj bywa tak, że to właśnie ten podstawowy pracodawca płaci podatki: chorobowe i rentowe i inne. I warto byłoby bardziej cenić to co się ma. Po drugie, występuje niejednokrotnie element ciągów dyżurowych spowodowanych pracą tu i tam – taka osoba jest wówczas bardzo przemęczona, manifestuje nadmierną nerwowość, brak koncentracji i nie trudno wówczas o pomyłkę. Czasem dochodzi do drobnych konfliktów w zespole, a bardzo przemęczone pielęgniarki są spowolnione, a nawet drzemiące w pracy. Doszły mnie również słuchy o przypadku zaśnięcia za kierownicą po 6 nocach, na szczęście nic się nie stało, bo osoba ta nie jechała sama.

Zatem dochodzi do sytuacji kiedy pracujemy ponad własne siły, nie dbamy o swoje rodziny, nie dbamy o swoje zdrowie. Jakże niebezpieczne mogą stać się dla nas kontrakty, gdzie dopuszczalna jest praca w różnym – niemalże nieograniczonym czasie pracy, być może ponad nasze siły i z naruszeniem bezpieczeństwa własnego i pacjenta.

Reasumując, pięknie jest gdy w życiu niczego nam nie brakuje, ale zapewne wiele z nas wie, że rzadko tak bywa, bo nigdy nie można mieć wszystkiego. Czasem można stracić coś nieodwracalnie dla czegoś co nie jest tego warte. Zatem zatrzymajmy się chwile w zadumie i pomyślimy, co jest dla nas i naszych najbliższych niezbędne, nie zapominając przy tym o własnym zdrowiu. I oby nasze życie w pielęgniarstwie coraz bardziej błyszczało i było spójne, bo jak sami nie będziemy się wspierać, to inni na pewno nie zrobią tego za nas. Pozdrawiam.

Deka

Gdzie się kończy rozsądek, a zaczyna jałmużna?

Dlaczego pielęgniarki z wyższym wykształceniem, ze specjalizacjami, coraz częściej z doktoratem, nie mówiąc o liczbie ukończonych dodatkowych kursów w swoim wolnym czasie i za własne pieniądze, pracują za tak niskie stawki? To jakieś kuriozum – podnosimy kwalifikacje po to, aby więcej pracować i coraz mniej zarabiać!

Zyjemy w dobie transformacji i przekształceń zakładów opieki zdrowotnej, a także zmian, które dotyczą między innymi propozycji różnych form zatrudnienia w naszej grupie zawodowej. Niedawno byliśmy świadkami i uczestnikami dyskusji medialnych wokół ewentualnej konieczności zawierania umów cywilnoprawnych przez pielęgniarki zatrudniane w szpitalach. Większość z nas nie wyobraża sobie pracy na kontraktach. Trudno się dziwić skoro co trzecia pielęgniarka, to prawie pięćdziesięcioletnia kobieta pracująca około 30 lat na umowę o pracę miałaby nagle pilnować swojego „interesu”. Jednakże ten fakt zaczyna być codziennością w niektórych placówkach w Polsce. W naszej grupie zawodowej są osoby, którym zaproponowano takie warunki zatrudnienia na kontrakcie, z których są one zadowolone. Pytanie dotyczy jednak za-

sadniczej sprawy: jakie warunki w naszej pracy można nazwać dobrymi? Czy jest szansa, że pielęgniarki mogą być jednowymiarne, albo przynajmniej mieć podobne oczekiwania w związku z pracą zawodową? Oczywiście ważna jest atmosfera, warunki lokalowe, higiena pracy, dostępny sprzęt itd. Zatrzymajmy się jednak przy finansach. Ile pielęgniarki powinny zarabiać? Obecnie zarobki są bardzo zróżnicowane. Są placówki, gdzie pensje pielęgniarek zatrudnionych w pełnym wymiarze czasu pracy, na jednym etacie nie przekraczają 2000 zł, a są miejsca, gdzie pielęgniarka otrzymuje wynagrodzenie 3000 zł i więcej. Dla jednych będzie to zawrotna kwota, ale czy to jest dużo w porównaniu z uposażeniami innych grup zawodowych zatrudnionych przez tego samego pracodawcę? Tym bardziej, że są oni członkami, często istniejących tylko w teorii zespołów

terapeutycznych. Uważam, że pielęgniarka, aby czuć się doceniona za swoją odpowiedzialną pracę nie może zarabiać poniżej pewnego pułapu finansowego, bez względu na to gdzie pracuje. Pytanie tylko, od jakiej kwoty zaczyna się ów pułap. Jeśli magister pielęgniarstwa zgadza się na stawkę 10 zł za godzinę świadczonej usługi, a osoby zatrudnione np. w firmach sprzątających otrzymują wynagrodzenie 10-15 zł za godzinę wykonywanej pracy, to może szkoda czasu na studia magisterskie? Co więcej są pielęgniarki z tytułem doktora nauk medycznych, które dorabiają w prywatnych gabinetach lekarskich za 12 zł na godzinę. Mało tego, potrzeba podjęcia dodatkowej pracy jest tak silna w naszej grupie zawodowej, że tam gdzie pielęgniarki przeciwstawiły się dotychczasowym warunkom, m.in. finansowym podejmując działania na rzecz ich poprawy, pracodawca

natychmiast znalazł inne pielęgniarki za – co najciekawsze – mniejsze stawki! Czy tak ma wyglądać praca w naszej profesji? Czy tak chciałyśmy zarabiać będąc w Unii Europejskiej?

Same budujemy wizerunek i szacunek. Tyle nam zapłacą na ile wycenimy naszą pracę, nasze wykształcenie, profesjonalizm, nasze usługi. Przede wszystkim zacznijmy od siebie!

Nie oczekujemy, że odpowiednie zarobki załatwi nam pani ze związków zawodowych, czy też z Izb Pielęgniarskich lub Towarzystwa Pielęgniarskiego. Załatwmy je sobie same. W sektorze prywatnym nikogo nie interesują grupy wsparcia. Pójdźmy na rozmowę do pracodawcy z podniesioną głową i jasno określmy, za jaką stawkę minimalną możemy cokolwiek zrobić.

Zastanówmy się chwilę, ile koleżanek jest w tym momencie w dodatkowej pracy, i co by się stało, gdyby wszystkie nagle przestały pracować. Właściciele natychmiast zostaliby w dużej części pozbawieni swoich dochodów. Zmusiłoby ich to do zatrudniania na wyższych stawkach. To pracodawcy dając podwyżki byłiby konkurencyjni, aby pielęgniarki chętniej podejmowały pracę tam, gdzie mogą więcej zarobić, bo to pielęgniarka ma być podmiotem deficytowym, a nie praca dla niej. Pomysł, że lepsze wynagrodzenia „załatwią” nam młode pielęgniarki również przypadł i to z kretesem dlatego, że przez podwójne etaty zaczyna brakować miejsc pracy, w związku z czym młodzież bierze wszystko za grosze, byleby dostać jakąkolwiek pracę w zawodzie.

Zmieniające się warunki otoczenia wymagają od wszystkich pielęgniarek, niezależnie od sprawowanej funkcji i zajmowanych stanowisk, różnorodnych zdolności i otwarcia na zmiany. Obowiązujący dawniej model kształcenia pielęgniarek dawał solidne podstawy teoretyczne i praktyczne, w mniejszym zaś stopniu uczył samodzielności i odwagi w myśleniu oraz działaniu, które to w dzisiejszej rzeczywistości trudno przeceniać. Brak asertywności często odbija się nieko-

rzystnie w rozmowie kwalifikacyjnej z pracodawcą. W pracy jesteśmy w stanie zrobić wszystko i jeszcze więcej. Wchodzimy w kompetencje lekarza, sekretarki, salowej, wykonujemy czynności fryzjerki, kosmetyczki, rehabilitantki i kogo się jeszcze da, ale nikt nie potrafi upomnieć się o godną zapłatę. Gdzie tkwi problem? Czy w braku sztuki prowadzenia negocjacji z pracodawcą? Czy ciągle w braku solidarności zawodowej? Pielęgniarki nie określają stawki minimalnej za jaką chciałyby pracować, ponieważ obawiają się, że na wolne miejsce pracodawca znajdzie kogoś innego, więc zgadzają się na 10-13 zł. Najbardziej rażącym pozostaje fakt, że szukając drugiego etatu godzą się na tak niskie uposażenie.

Pielęgniarki często pracują codziennie przez cały miesiąc, poświęcając swój urlop wypoczynkowy nie na wypoczynek właśnie, lecz na to, żeby przetrwać drugi etat. Oczywiście każdy ma prawo pracować ile chce, ale za jaką cenę! Nie ma się co oszukiwać, nie istnieje taki człowiek, który by efektywnie pracował przez 24 godziny na dobę! Podejmowanie pracy w takim wymiarze godzinowym to już, niestety, brak odpowiedzialności. Nie wystarczą tu chęci i wiara, że sobie poradzimy. Nasz organizm i tak domaga się swoich praw. Jego wydolność nawet przy maksymalnej mobilizacji, kiedyś się kończy. A mamy przecież tak odpowiedzialny zawód, tak wiele do zrobienia. I chcemy wykonywać swoje obowiązki profesjonalnie. Aby tak było, musi być jednak czas na pracę i czas na odpoczynek. Godząc się na obecny stan rzeczy, godzimy się również na to, że ani z nas dobrzy pracownicy w trakcie 24 godzinnych dyżurów i przed kolejnymi „maratonami” spędzonymi w pracy, ani z nas dobre matki, ani żony. Tracą więc na tym zarówno nasi pacjenci, a także nasze rodziny. Nie będę się rozpisywać o wpływie tak ogromnego obciążenia na nasze zdrowie fizyczne i psychiczne, bo – mam wrażenie – tego nikt nie bierze pod uwagę. Czy te dwa etaty, jeżeli już się je podejmie, nie powinny

być więcej warte niż kilkanaście zł za godzinę pracy? Dlaczego pielęgniarki z wyższym wykształceniem, ze specjalizacjami, coraz częściej z doktoratem, nie mówiąc o liczbie ukończonych dodatkowych kursów w swoim wolnym czasie i za własne pieniądze, pracują za tak niskie stawki? Czy nie stawiamy się na równi z usługami osób niewykwalifikowanych? To jakieś kuriozum – podnosimy kwalifikacje po to, aby więcej pracować i coraz mniej zarabiać! Czy nikomu nie przychodzi do głowy, że nie powinniśmy wychodzić z domu za minimum 40 zł za godzinę?

Problemy z wyceną naszych usług są także przy prowadzeniu działalności pielęgniarskiej. Ile kosztują prywatne usługi, zabiegi, czy prywatna opieka pielęgniarska? Konkurencja jest bardzo poważna biorąc pod uwagę szarą strefę. Pielęgniarki świadczące usługi pielęgniarskie mające zarejestrowaną działalność ponoszą koszty ZUS-u, ubezpieczenia, utylizacji odpadów medycznych, koszty utrzymania firmy i ewentualny podatek, bez względu na to czy mają pacjentów czy nie.

Na wycenę swoich usług można mieć dwie teorie. Pierwsza, w której usługa wyceniona jest stosownie do wartości, a więc zawiera elementy wyżej wymienionych opłat, koszty sprzętu, ewentualny dojazd do pacjenta i naturalnie sam koszt usługi z uwzględnieniem naszego przygotowania pacjentów. Druga teoria to postrzeganie naszego zawodu jako misji. Teoria ta usprawiedliwia ludzi, którzy nie mają środków na zapłatę za świadczoną przez pielęgniarki pracę. Niektórzy twierdzą, że wycena usług pielęgniarskich kłóci się z naszym morale, a nawet etyką zawodową. Nic bardziej błędnego. Ten stereotyp wynika z historii pielęgniarstwa, gdzie chorymi opiekowali się ludzie nieprzygotowani do zawodu, bądź rodzina, siostry zakonne, osoby, które swoje życie poświęciły chorym. Współczesne pielęgniarstwo nie pozbywa nas powołania i szczególnych predyspozycji do tego zawodu, jednak pielęgniarstwo należy kategoryzować jako usługi,

a nie filantropię. Altruizm jest cechą osobistą. Altruistą może być każdy bez względu na wykonywaną profesję. Nie powinno oczekiwać się mniejszych rachunków od pielęgniarek ze względu na szczególny charakter pracy. Czy wasze dzieci mają zniżkę za korepetycje, w kinie, w aptece, czy macie jakieś rabaty w sklepach, czy płaciec mniej w prywatnych gabinetach lekarskich, dlatego, że jesteście pielęgniarkami?

Pielęgniarki nie muszą obciążać swojego sumienia, że za wykonaną usługę wystawiają cenę odpowiednią do ich kwalifikacji i nakładu pracy. Taki jest świat usług. Wykonanie iniekcji domięśniowej w domu pacjenta powinno kosztować co najmniej 40 zł, bo jeśli trwa nawet 10 minut ma wiele składowych, o których pisałam wyżej. W innej firmie ta sama usługa może

kosztować mniej, ale konkurencyjność to jedno, a szacunek dla własnej pracy to drugie. Prywatne usługi świadczy wiele pielęgniarek, ale niewiele z nich ma zarejestrowaną działalność. Trudno jest ocenić wielkość szarej strefy. Często psuje to rynek usług, budzi wątpliwości, co do uczciwości i zaufania, a także bezpieczeństwa pacjenta i samej pielęgniarki.

Cennik usług w szarej strefie jest znacznie zaniżony i nieuczciwy w stosunku do pielęgniarek z zarejestrowaną działalnością. Nie możemy traktować naszej pracy tylko w kategoriach sąsiedzkiej pomocy czy przysługi. W takich okolicznościach zawód pielęgniarki będzie traktowany jako służalczy i darmowy, a chcielibyśmy być postrzegane przez pryzmat wolnego zawodu, który wykonują osoby wykształcone i kompetentne.

Życzę Państwu głębokiej refleksji i pomysłów na poprawę poziomu życia pielęgniarek, a także więcej szacunku dla samych siebie. Może warto zastanowić się i wziąć wszystkie powyższe aspekty pod uwagę zanim podejmiemy jakąkolwiek zawodową decyzję, która czy tego chcemy czy nie zawsze będzie miała swój wpływ na postrzeganie naszej grupy zawodowej.

Poniżej podaję mój adres mailowy, aby rozbudzić dyskusję. Proszę o komentarze: piszcie jakie korzyści macie z podwójnych etatów, czy rzeczywiście jesteście zadowolone, czy jest to wasze być albo nie być, jakie macie problemy z tym związane, czy chcielibyście coś zmienić.

Agnieszka Nowak
agakrysnowak@wp.pl



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

ZAREZERWUJ SOBIE MIEJSCE
PRZEZ TELEFON
42 630 95 59
42 630 73 00
LUB PRZEZ INTERNET
www.erudio.com.pl

ZAPRASZAMY NA KURSY

KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

KWALIFIKACYJNE DLA PIELĘGNIAREK

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA POŁOŻNYCH

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

SPECJALISTYCZNE DLA PIELĘGNIAREK

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

DOKSZTAŁCAJĄCE DLA PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH I PRACOWNIKÓW BRANŻY MEDYCZNEJ

Trening komunikacji z pacjentem



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

**PŁATNOŚĆ
ROZKŁADAMY NA
DOGODNE,
MIESIĘCZNE RATY**

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

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

www.erudio.com.pl

Diagnoza pielęgniarska w procesie pielęgnowania. Warsztaty dydaktyczne.

mgr DANUTA KOZŁOWSKA

Opis sytuacji zdrowotnej pacjenta

Pan Z. W., lat 39, mąż, ojciec dwóch chłopców w wieku 11 i 9 lat, kierowca zawodowy samochodów ciężarowych, współwłaściciel firmy transportowej „Świat Servis” jest hospitalizowany od 14 dni z powodu urazu kończyn dolnych doznanego w wyniku wypadku samochodowego. Z powodu doznanego urazu w trybie pilnym obie kończyny dolne zostały amputowane: lewa powyżej stawu kolanowego, prawa poniżej stawu kolanowego. Rany pooperacyjne na obu kikutach są zagojone poprzez rychłozrost, bez powikłań. Jest w trakcie rehabilitacji kikutów, rehabilitacji ogólnokondycyjnej oraz usprawniania w zakresie samoobsługi. Przemieszcza się przy pomocy wózka inwalidzkiego, potrzebuje pomocy w przesiadaniu się z wózka na inne siedziska, łóżko i stół rehabilitacyjny. Rehabilitację znosi dobrze, jednak jego zaangażowanie zależy od nastroju.

Pan Z. W. unika kontaktu z ludźmi, chce widzieć tylko żonę, wzbrania się przed wizytą synów i rodziców. Zgłasza dolegliwości bólowe obu kikutów. Zgłasza również gwałtowne budzenie się w nocy, jest spocony i przestraszony. Nie akceptuje zaistniałej sytuacji.

Zaplanuj opiekę pielęgniarską metodą procesu pielęgnowania.

I. ROZPOZNAWANIE (zbieranie danych o pacjencie: wywiad, analiza dokumentacji medycznej, obserwacja bezpośrednia, obserwacja aparatury monitorującej, trwa w czasie – przyp. autora):

1. Stanu pacjenta (to to, co jest charakterystyczne w wyglądzie, powierzchowności człowieka, to to, co jest spostrzegane jako objawy kliniczne, monitorowane lub zgłaszane przez pacjenta – przyp. autora):

- mężczyzna, lat 39,
- 14 doba po operacji,
- amputacja obu kończyn,
- prawy staw kolanowy zachowany,
- rany pooperacyjne zagojone bez powikłań, czyste,
- ból kikutów,
- depresja, unikanie kontaktu z bliskimi,
- zaburzenia snu nocnego,
- rehabilitacja kikutów,
- rehabilitacja ogólnokondycyjna,
- usprawnianie w samoobsłudze,
- przemieszcza się z pomocą wózka inwalidzkiego,
- mąż,
- ojciec 2 synów.

2. Potrzeb organizmu (których nie może zaspokoić samodzielnie albo ich samodzielne zaspokojenie jest utrudnione, a są podstawą życia i zdrowia – przyp. autora):

- bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego,

- miłości i przynależności,
- akceptacji: samego siebie, przez rodzinę, przez środowisko,
- samostanowienia,
- ruchu,
- żywienia i przyjmowania płynów,
- wydalania,
- snu i wypoczynku,
- czystości (osobistej i otoczenia),
- samorealizacji: stopniowo w trakcie rehabilitacji leczniczej, psychicznej, społecznej i zawodowej.

3. Problemów pielęgnacyjnych (trudna sytuacja z powodu niezdolności do samodzielnego zaspokojenia potrzeb organizmu z niedostatku i rozwoju – przyp. autora):

- deficyt ruchu z powodu amputacji kończyn dolnych utrudnia wykonywanie czynności codziennych i czynności intymnych,
- odrzucenie najbliższych z powodu gwałtownie zmienionej i trudnej sytuacji zdrowotno-rodzinnej,
- zmiany nastroju utrudniają odbudowanie relacji z rodziną,
- utrzymywanie się bólu kikutów ogranicza aktywność ruchową i udział w rehabilitacji,
- przerwy w śnie nocnym powodują zmęczenie, rozdrażnienie w ciągu dnia, niechęć do usprawniania,
- brak akceptacji własnego ciała po amputacji kończyn dolnych,
- niepokój o przyszłość własną, rodziny i firmy.

4. Możliwości/zdolności pana Z. W. (do samoopieki, samokontroli, edukacji, zmiany postaw i zachowań – przyp. autora):

- z powodu braku akceptacji nowej sytuacji i własnego ciała możliwości samoopieki są ograniczone, będą możliwe po terapii psychologicznej, dostrzeganiu poprawy swojego stanu, zwiększaniu się sprawności funkcjonalnej, w wyniku otrzymania protez treningowych a potem docelowych,
- rodzina ma możliwości sprawowania opieki po terapii psychologicznej i edukacji przez pielęgniarki.

Rozpoznawanie kończy się ustaleniem *diagnozy pielęgniarskiej*:

- opieka częściowo-kompensacyjna a po uzyskaniu samodzielności w bezpiecznym korzystaniu z wózka inwalidzkiego – opieka podtrzymująco-edukacyjna (według D. Orem),
- wymaga terapii psychologicznej razem z rodziną powodu jej odrzucenia,

- wymaga wsparcia i troski z powodu wahań nastroju i trudnej sytuacji zdrowotnej,

- wymaga rehabilitacji medycznej i rehabilitacji przyłóżkowej doprowadzającej do zaprotezowania kikutów i odzyskiwania sprawności funkcjonalnej,

- zmiany w żywieniu dostosowane do warunków regeneracji i odbudowy tkanek oraz intensywnego wysiłku fizycznego,

- możliwość wystąpienia powikłań późnych związanych z poziomem amputacji, hartowaniem i protezowaniem kończyn.

II. CEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ/CEL PIELĘGNOWANIA

(nie pielęgnacji, przewidywany, pożądaný i bezpieczny kierunek pracy pielęgniarki z pacjentem i rodziną – przyp. autora):

- dążenie do szybkiego spionizowania pacjenta na protezach treningowych,

- stopniowe zwiększanie aktywności ruchowej i poprawianie sprawności funkcjonalnej,

- ochrona przed wystąpieniem powikłań wynikających z amputacji kończyny powyżej stawu kolanowego, hartowania kikutów, przymiarek protezy gipsowej i prób chodzenia z protezą,
- wprowadzenie terapii psychologicznej, minimalizowanie objawów depresji,

- nawiązanie i podtrzymanie kontaktu z chorym i rodziną,

- zapewnienie wypoczynku nocnego poprzez ciągłość snu,

- utrzymanie pacjenta w stanie bezbolesności i rozpoczęcie rehabilitacji przyłóżkowej, rehabilitacji leczniczej z hartowaniem kikutów,

- dbanie o dobrą kondycję psychiczną pacjenta, przekazywanie informacji, wyjaśnianie, tłumaczenie, pokazywanie, słuchanie,

- zachęcanie do oglądania i dotykania swoich kikutów kończyn dolnych,

- nadzorowanie żywienia, apetytu i konieczności spożywania posiłków i płynów,

- pomoc w scalaniu rodziny i budowaniu więzi rodzinnej i międzyludzkiej.

III. REALIZACJA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ.

1. Pomoc organizacyjna w samodzielnym wykonywaniu czynności codziennych i osobistych, monitorowanie bezpieczeństwa fizycznego, dbałości o siebie, wspieranie, akceptowanie, zachęcanie do wyrażania uczuć:

- doглядanie co 1-2 godziny.

2. Terapia ułożeniowa z zachowaniem fizjologicznego ułożenia wykorzystaniem profesjonalnych udogodnień jako profilaktyka przykurczu zgięciowego stawu biodrowego lewej kończyny dolnej:

- układanie na brzuchu z obciążeniem miednicy – 1- 2 godziny 3 razy dziennie,

- w ułożeniu prone (na brzuchu) ćwiczenia czynne stawu kolanowego KDP, napinanie mięśni pośladkowych – 100 razy co 4 godziny,

- grzbietowe układanie kikutów lewej kończyny z obciążeniem,

- nadzorowanie poprawności ułożenia, zmęczenia, niepokoju, nastroju,
- przesadzanie na wózek inwalidzki z pomocą i samodzielne pod nadzorem

- współpraca z rehabilitantem,

- edukacja żony,

- zmiana wózka inwalidzkiego z pokojowego na aktywny.

3. Prowadzenie rehabilitacji ruchowej przyłóżkowej i uzgodnienie jej zakresu z pacjentem zgodnie z programem rehabilitacji:

- hartowanie kikutów metodą wyuczoną przez rehabilitantów w godzinach popołudniowych po 30 minut, ciągłość sesji rehabilitacyjnych,

- w ułożeniu prone (na brzuchu) ćwiczenia czynne stawu kolanowego KDP, napinanie mięśni pośladkowych – 100 razy co 4 godziny,

- ćwiczenia czynne z elastyczną piłką ułożoną pod prawym stawem kolanowym i dociskanie piłki do podłoża, wzmacnianie mięśni pośladkowych 100 razy co 4 godziny,

- gimnastyka oddechowa 4 razy dziennie,

- przygotowanie do chodzenia w protezach treningowych i z pomocą kul,

- ćwiczenia czynne kończyn górnych 100 razy co 4 godziny,

- nadzorowanie zamęczenia, zmęczenia i wypoczynku.

4. Terapia psychologiczna codziennie po 45 minut:

- stopniowe włączanie żony, dzieci i rodziców,

- laurki, rysunki, listy od synów jako sposoby kontaktu dzieci z ojcem – współpraca z żoną i rodzicami pacjenta.

- monitorowanie i dokumentowanie reakcji na psychoterapię,

- próba rozmowy o pracy w firmie na innym stanowisku – obserwacja reakcji pacjenta.

5. Likwidacja bólu – współpraca z lekarzem, dokumentowanie realizacji zleceń:

- obserwowanie skóry kikutów po hartowaniu, próbach chodzenia w protezach,

- masowanie kikutów 3 razy po 15 minut, samodzielnie lub z pomocą do uzgodnienia z pacjentem,
- utrzymanie elastyczności skóry na kikutach,
- uzgodnienie fizykoterapii na kikutu w sytuacji silnego bólu.

6. Tworzenie warunków do wypoczynku nocnego, doglądanie pacjenta w nocy i monitorowanie snu:

- relaks z muzyką A. Mozarta – do uzgodnienia z pacjentem,
- psychoterapia, rozmyślanie o czymś przyjemnym,
- wygaszenie świateł sufitowych,
- zapanowanie na hałasem w oddziale w godzinach wieczornych.

7. Zachęcanie do oglądania i dotykania swoich kikutów w czasie kąpieli, nawilżania i masowania skóry, ubierania się, oglądanie sylwetki w lustrze, obecność pielęgniarki, monitorowanie reakcji.

8. Monitorowanie stanu fizycznego i psychicznego, czyli parametrów świadczących o dobrej lub złej kondycji pacjenta usprawnianego do zaprotezowania: pomiar ciśnienia tętniczego, tętna, oddechu, stanu skóry

na kikutach, samopoczucia, poczucia równowagi, poziomu zmęczenia, poziomu niechęci, stanu emocjonalnego po ciężkiej rehabilitacji, jakości dolegliwości bólowych, siły mięśniowej, wielkości przykurczu, ustawienia głowy w czasie przemieszczania się w protezach, jakości posiłków wysokokalorycznych wzmocnionych witaminą D, witaminą C, kolagenem, wapniem, białkiem plus współpraca z żywieniowcem.

9. Prowadzenie dokumentacji pielęgniarskiej – rzetelne, czytelne, konkretne fakty z przygotowania fizycznego i psychicznego Pana Z. W. do otrzymania protez kończyn dolnych, cofania się lub zaostrzania objawów odrzucenia, depresji, akceptacji, wystąpienia powikłań plus identyfikacja osoby prowadzącej dokumentację;

- wpisy codziennie, z oceną postępów lub regresji zaplanowanej terapii.

IV. OCENA:

- pacjent niechętnie wykonuje polecenia rehabilitantów, psychologów, pielęgniarek,

- kontakt z żoną ograniczony do fizycznej obecności obojga, synów nie ma,

- dostał laurki od chłopców przedstawiające wspomnienia ze wspólnego pobytu nad morzem delikatnie uśmiechnął się,

- wrócił z rehabilitacji zmęczony, skóra na kikutach czerwona,

- bez ran, zgłasza niewielki ból, jest bez leków,

- pije dużo płynów, zaakceptował zmianę żywienia,

- zadowolony ze zmiany wózka na wózek aktywny, nie wie, że to dar od przyjaciół,

- boi się przymiarki protez, kikutu przygotowane, ale dalej wymagają hartowania,

- spokojnie reaguje na zmiany w jego otoczeniu, przyszli rodzice, bez synów,

- słucha muzyki Mozarta,

- pierwszy raz zapytał o chłopców.

Danuta Kozłowska
mgr pielęgniarstwa,
nauczyciel akademicki



Oddział PTP w Łodzi, ul. Piotrkowska 17, 90-406 Łódź

*Koleżankom i Kolegom
Wesołych Świąt! Szczęśliwego Nowego Roku!
Niech tegoroczne Święta przyniosą Wam wiele radości,
wiele uśmiechu i miłość najbliższych.
Niech spełnią się wszystkie Wasze marzenia a Nowy Rok 2012 będzie
pełen sukcesów osobistych i zawodowych*

*życzy
Zarząd Oddziału
Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego w Łodzi*

www.ptp.na1.pl e-mail: zgptpiel@gmail.com
konto: PKO BP S.A. XV O/Warszawa, nr: 11 1020 1156 00007202 0050 1601
REGON 001267113 OPP 1% KRS 0000065610

Ziemia Wieluńska w Złotej Jesieni

ZDZISŁAWA KULESZA

Nasza ostatnia wycieczka w tym roku wiedzie przez tereny szlaku bursztynowego, którym już w V p.n.e. wędrowały plemiona Celtów a potem do połowy IV w n.e. – Rzymianie. Rankiem 15 października z okien autokaru widzimy snujące się mgły po polach, jedziemy przez Konstantynów, Pabianice do Widawy, gdzie w fasadzie kościoła wąż oplata kolumnę, do Rychnowic pod zabytkowy drewniany kościół. Idziemy do zabudowań dworu, wychodzi do nas pani Renata Trepmo – właścicielka, opowiada o przodkach, którzy byli właścicielami dużego majątku. Obecny 100-letni kościół powstał dzięki jej babci. Zwiedzamy kościół, gdzie można też przeczytać historię tego miejsca. Pierwsza wzmianka o grodzie w Konopnicy pochodzi z 1399 roku. Kościół popauliński pw. Św. Rocha wczesnobarokowy, murowany z 1642 roku. Portret fundatora Hieronima Konopnickiego z herbami, trzy biało-złote ołtarze, okno z pięknym witrażem oglądamy wewnątrz. Dawny dwór, w którym bywała Maria Konopnicka obecnie jest ośrodkiem wypoczynkowym Politechniki Łódzkiej. Jedziemy przez Osjaków, przy neogotyckim kościele pełno kramów. Nasza koleżanka Ula Gajek pokazuje nam swój rodzinny dom, widoczny z okien autokaru.

Wieluń prawa miejskie otrzymał w 1283 roku. Okres świetności przeżywał w XV i XVI wieku. Tragicznie zapisał się w jego historię dzień

1 września 1939 roku. O godzinie 4.40 miasto zostało zniszczone w 70 proc. przez niemieckie samoloty.

Znajduje się tu wiele obiektów zabytkowych. Dawny zespół klasztorny Bernardynek z XVII wieku to obecnie siedziba Muzeum Ziemi Wieluńskiej. Zgromadzono w nim bogate zbiory, w piwnicy liczne przedmioty wykopane podczas prac archeologicznych. Na parterze oglądamy książęcą kolekcję – skarby z Muzeum Czartoryskich w Krakowie – otwartą 1 października 2011 roku do 25 marca 2012 roku. Wymowny napis: „Przeszłość – Przyszłość” księżna Izabela kazała zamieścić nad wejściem do tzw. Świątyni Sybilli w Puławach, co również uczyniono tu nad wejściem do sali wystawowej zbiorów. Portrety Izabeli i Adama Czartoryskich, Jana Chodkiewicza, Stefana Czarneckiego, Stanisława Augusta Poniatowskiego, czerkiesi polujący z psami, wiele pamiątek tworzy tę bogatą kolekcję. Jest też sala poświęcona tragedii września i okupacji oraz wystawa o papiernictwie. Orowadzali nas i bardzo interesująco opowiadali pan dyrektor Jan Książek i pani kustosz – mgr Barbara Mrugała. Idziemy do kościoła, w głównej nawie piękne witraże, obrazy a na prawo ołtarz „Sanktuarium Matki Boskiej Pocieszenia”. Po obu stronach w gablotach liczne wota dziękczynne, organy w stylu rokoko. Wokół kościoła umieszczono siedem drewnianych kapliczek „Radości M.B.”, pomnik Jana

Niepomucena oraz fontanna z płwającymi rybkami pod figurę Matki Bożej. Oglądamy rynek, fragmenty XIV-wiecznych murów obronnych, kościół pw. św. Józefa, fragmenty zamku i wieżę Bramy Krakowskiej – obecnie ratusz. Koło parku znajduje się pomnik „Pogromcom hitleryzmu” poświęcony.

Szlakiem kościołów wieluńskich oglądamy drewniane zabytki w Popowicach i w Grębieniu, gdzie podziwiamy unikalne późnogotyckie i renesansowe polichromie oraz ołtarz skrzynkowy – trzy figury i dwa obrazy na bocznych drzwiczkach.

W Ożarowie w Muzeum Wnętrz Dworskich zwiedzamy: pokój myśliwski, salę jadalną, buduar, gabinet i salę kominkową, udało się tu zgromadzić wiele zabytkowych mebli i eksponatów oraz odrestaurować podłogi drewniane o innym wzorze w każdym z pomieszczeń.

Jadąc dalej oglądamy w kościele wiatrak typu *koźlak* z 1914 roku, gdzie do 1950 roku mielono mąkę. Wąską drogą wśród lasu i wijącej się rzeki Warty docieramy do Ośrodka ZHP w Załęczu Wielkim, gdzie zjemy obiad.

Na zakończenie wędrowki przy ognisku pieczemy kielbaskę i podziwiamy piękny widok na rzekę i okolicę. Wracamy do Łodzi wzbogaceni wiedzą historyczną o tak blisko usytuowanej ziemi wieluńskiej, pełnej pamiątek i pięknych krajobrazów.

Postawa psychoterapeutyczna kluczem do pozytywnych efektów w opiece i leczeniu

Właściwe udzielanie informacji

dr n. med. AGNIESZKA KOTARBA

Praktyka medyczna i wyniki badań naukowych wskazują, że istotną rolę w procesie leczenia odgrywają mechanizmy psychologiczne, ponieważ modyfikują skuteczność pozostałych form leczenia, takich jak: farmakoterapia czy leczenie zabiegowe.

Wpływem czynników psychologicznych tłumaczy się między innymi to, że w tej samej chorobie i po zastosowaniu chemicznie identycznych środków, jeden pacjent w procesie zdrowienia uzyskuje lepsze, a drugi gorsze rezultaty.

Za pomocą czynników psychologicznych wyjaśnia się również efekt placebo.

Postawa psychoterapeutyczna to specyficzna forma odnoszenia się personelu medycznego do pacjenta, której istotą jest uwzględnianie w codziennej praktyce medycznej psychospołecznych problemów pacjenta.

Postawa psychoterapeutyczna jest istotnym elementem relacji między pacjentem a personelem medycznym. Relacja personel medyczny – pacjent działa terapeutycznie lub zaburza cały proces diagnostyczno-leczniczy.

Realizacja postawy psychoterapeutycznej wymaga spełnienia trzech warunków:

I. Właściwego udzielania informacji.

II. Nawiązania kontaktu.

III. Wykorzystywania psychologicznych mechanizmów efektu placebo.

I. Udzielanie informacji

Dane empiryczne wskazują, że jedna z najczęstszych skarg pacjentów szpitalnych dotyczy niedostatecznych informacji.

Ponad 61 proc. pacjentów uskarża się na brak informacji, na niedostateczną opiekę medyczną około 23 proc. a na niewłaściwe leczenie 12 proc.

Efektom niedoinformowania pacjenta jest wzrost obaw o własny stan zdrowia, podejmowanie błędnych decyzji co do przyjmowanych leków, niska motywacja do poddawania się badaniom diagnostycznym (zwłaszcza inwazyjnym), reagowanie lękiem w przypadku nasilenia się objawów choroby. Niedoinformowanie pacjenta, który zawsze źle czuje się w sytuacji niepewności, prowadzi do poszukiwania informacji u źródeł poza medycznych, które stają się głównym źródłem obrazu własnej choroby i mogą być przyczyną utrzymywania się zachowań niekorzystnych dla zdrowia.

Badania wskazują na wymierne korzyści płynące z informowania pacjentów. Na przykład pacjenci, którzy zostaną poinformowani przed operacją chirurgiczną o możliwości pojawienia się w jej następstwie dolegliwości bólowych, reagują spokojniej i rzadziej domagają się środków znieczulających niż ci, dla których ból jest zaskoczeniem i objawem niepokojącym. U pacjentów po zawale serca stwierdza się związek między informowaniem a przebiegiem

rehabilitacji. Rehabilitacja przebiega pomyślniej u tych osób, które zostały dokładnie poinformowani o celu stosowanych procedur. Tacy pacjenci w większym stopniu są skłonni zaakceptować chorobę i wynikające z niej ograniczenia oraz dostosować swoją aktywność do tych ograniczeń. Dzięki swojej wiedzy nie popełniają także błędów w okresie rekonwalescencji.

Do podstawowych kategorii informacji, które powinny być przekazane choremu zalicza się:

1. Informacje o rozpoznaniu i przyczynach choroby.

Funkcja: ta kategoria informacji pozwala na rozproszenie poczucia winy, wynikającego z przekonania, że choroba jest następstwem niewłaściwego postępowania (np. choroby psychicznej, fakt poczęcia dziecka niepełnosprawnego), ponadto pomagają kształtować postawy prozdrowotne.

2. Informacje o dalszym przebiegu i rokowaniu.

Funkcja: pragmatyczna, często zapobiegają niepotrzebnym obawom, stanowią przesłankę do ustalenia planów na przyszłość. Istotne jest by po usłyszeniu rokowania pacjent nie został z tą wiadomością sam, musi natychmiast usłyszeć, co można w tej sytuacji zrobić.

3. Informacje o przebiegu leczenia, w tym informacje o działaniu i ewentualnych skutkach ubocznych leków i procedur medycznych.

Funkcja: ta kategoria nabiera szczególnego znaczenia w przypadku leczenia pacjentów onkologicznych. Upředzenie pacjenta o rozmaitych prawdopodobnych objawach, pozwala uniknąć lęku, którego by doświadczył pacjent, gdyby objawy były dla niego zaskoczeniem. W mniej drastycznych przypadkach, informacja o działaniu ubocznym leków zapobiega rezygnacji z przyjmowania leku, gdy objawy uboczne wystąpią. Wydaje się jednak celowe ograniczenia informacji jedynie do tych skutków ubocznych, których wystąpienia spodziewamy się z całym prawdopodobieństwem.

4. Praktyczne wskazówki, jak należy się zachowywać w czasie diagnozy i leczenia, jakie działania są wskazane, a jakich należy unikać oraz jak postępować w przypadku nasilenia się dolegliwości.

Funkcja: ułatwiają współdziałanie pacjenta z personelem medycznym w procesie diagnozy i leczenia, co ma istotne znaczenie dla uzyskania wiarygodnych wyników. Jeśli pacjenci oprócz wskazówek uzyskują krótkie uzasadnienie, najlepiej w formie przykładu ilustrującego znaczenie tej czy innej formy zachowania w przebiegu leczenia lub procesu rehabilitacji, to większe są szanse, że dostosują się do tych zaleceń.

Szczególnie wiele emocji i kontrowersji – zarówno wśród pacjentów jak i personelu – wzbudzają rozpoznania o niepomyślnym rokowaniu.

Z przeprowadzonych w Polsce i za granicą badań wśród pacjentów chorych na raka wynika, że 91 proc. chciało znać diagnozę, 97 proc. deklaroowało potrzebę informacji na temat leczenia, a 88 proc. chciało znać prognozę.

Nie istnieje gotowy przepis na to, jak przekazać niepomyślną diagnozę, można jednak wyróżnić kilka zasad, które są w takim wypadku pomocne, należą do nich:

– zapewnienie odpowiedniego miejsca (gdzie nikt nie przeszkadza, nie ma osób postronnych, można usiąść i spokojnie porozmawiać);

– rozłożenie przekazywanych niepomyślnych informacji w czasie, co umożliwia choremu stopniową adaptację do sytuacji;

– jednocześnie, zwrócenie uwagi na „jakiś” pozytywny aspekt (np. doświadczenie danej placówki, badania kliniczne, dostęp do medycznych autorytetów itp.);

– rozpoczynanie wyjaśnień od stwierdzeń ogólnych i stopniowe uszczegóławianie ich, w zależności od stanu emocjonalnego i zainteresowania pacjenta;

– zadanie tzw. pytania sondującego (ma ono na celu zbadanie aktualnej wiedzy pacjenta na temat stanu swojego zdrowia oraz ułatwić rozeznanie w jego emocjach i oczekiwaniach; np. co pan/pani wie na temat swojego stanu zdrowia, czego pan/pani chciałaby się dowiedzieć na temat swojego stanu zdrowia);

– uzależnienie zakresu przekazywanych informacji od zapotrzebowania chorego (ludzie dzielą się na poszukujących informacji dotyczących zagrożenia oraz unikających tego typu informacji, dostosowanie typu przekazu do potrzeb chorego wpływa na redukcję lęku);

– używanie prostego, zrozumiałego języka, jasne formułowanie wypowiedzi;

– zrozumienie dla reakcji emocjonalnych pacjenta;

– gotowość do udzielania wyjaśnień, zachęcanie pacjenta do zadawania pytań;

– włączenie pacjenta do współpracy w zakresie ustalania planu leczenia i jego realizacji (możliwe na dalszym etapie, kiedy pacjent oswoi się z diagnozą i będzie w stanie zająć bardziej aktywną postawę).

Udzielanie informacji w odpowiedni sposób zawsze wiąże się z udzieleniem wsparcia emocjonalnego. Pacjent poinformowany przestaje być pacjentem roszczeniowym, złośliwym dlatego, że dzięki informacjom i wsparciu emocjonalnemu zmniejsza się jego poziom lęku i napięcia. Większość z nas w sytuacji choroby, hospitalizacji regresuje się, czyli funkcjonuje emocjonalnie i społecznie w sposób charakterystyczny dla wcześniejszych okresów rozwojowych. Dlatego w chorobie szczególnie oczekujemy: zainteresowania, uwagi, troski. Emocjonalne oczekiwania pacjenta można przyrównać do funkcjonowania dziecka. A jak większość z nas doskonale wie, dziecko jeżeli nie dostanie naszego zainteresowania to i tak zaabsorbuje naszą uwagę w inny sposób przez np. złośliwość, agresję, krytykowanie naszej osoby, negowanie naszych poleceń itp. Warto pamiętać, że czas, jaki poświęcimy pacjentowi szybko się zwróci, bo pacjent zacznie być pacjentem współpracującym.

cdn.

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

Podziękowanie

Serdeczne podziękowania dla pielęgniarek z SSW w Piotrkowie Trybunalskim: **Katarzyny Zagajskiej** – oddziałowej Oddziału Reumatologicznego, **Marzeny Szewczyk** – oddziałowej Oddziału Ortopedycznego, **Jolanty Olczyk** – oddziałowej Bloku Operacyjnego, **Haliny Sęk** – oddziałowej OIOM-u, za wspaniałą opiekę pielęgniarską składa

pacjentka
Gertruda Matras

STAROŚĆ

life-span czy ageizm?

mgr MONIKA KOWALSKA-WOJTYSIAK

Rok 1969 przyniósł ze sobą dwa wydarzenia: zaczęto mówić o ageizmie, a w Zachodniej Virginii miała miejsce I Konferencja Psychologii Life-Span, gdzie przyjęto, że rozwój psychiczny osoby trwa przez całe jej życie. Konsekwencją tak zdefiniowanej psychologii life-span był wniosek, że starość należy traktować jako jeden z kolejnych etapów rozwojowych w życiu człowieka, a co za tym idzie, starzenia się nie można utożsamiać jedynie z obniżeniem sprawności psychicznej czy fizycznej. Niestety, obserwacja codziennego życia pokazuje, że tylko w piosence „wesołe jest życie staruszka”. W rzeczywistości najstarsze pokolenie jest bezustannie konfrontowane ze społecznym negatywnym stereotypem człowieka staroego. Bulter, autor pojęcia „ageizm” twierdzi, że w społeczeństwach wysokorozwiniętych można spotkać się z objawami wszechobecnych negatywnych postaw wobec osób, które ukończyły 60 r.ż. (taką cezurę przyjęli naukowcy zajmujący się starością jako czas rozpoczynający wiek późnej dorosłości). Prowadzący współcześnie badania nad postawami wobec starszych ludzi Palmore twierdzi, że nawet pielęgniarki i pracownicy socjalni (czyli osoby, które z racji wykonywa-

nych zawodów mają bardzo częsty kontakt z tą grupą społeczeństwa) nie lubią starszych ludzi. Oczywiście nie wszyscy pracownicy medyczni reprezentują negatywną postawę wobec człowieka w jesieni życia. I całe szczęście – bowiem dla dobrostanu pacjenta szczególne znaczenie ma jakość relacji łącząca go właśnie z tą grupą osób. Aby samopoczucie osoby starszej było dobre, potrzebna jest relacja, w której osoba opiekująca się respektuje godność osoby wspieranej, co wyraża się m.in. w uwzględnieniu indywidualnych potrzeb pacjenta, poszanowaniu dla jego autonomii i niezależności. Przede wszystkim jednak opieka taka musi być zorientowana na konkretnego człowieka, tzn. uwzględniać wszelkie jego możliwości (np. komunikacyjne). Jeśli w opiece zabraknie tych elementów, u mieszkańców DPS-ów (czy innych placówek, w których spędzają jesień swego życia) mogą nasilić się postawy lękowe wskutek odczuwanej depersonalizacji, do której nieuchronnie prowadzi doświadczenie na sobie rutynowej opieki zorientowanej jedynie na wypełnianie zaleceń lekarskich i czynności pielęgnacyjnych. Sytuację tę dodatkowo utrudnia fakt, że osoby zatrudnione w sektorze opieki (DPS,

Obserwacja codziennego życia pokazuje, że tylko w piosence „wesołe jest życie staruszka”. W rzeczywistości najstarsze pokolenie jest bezustannie konfrontowane ze społecznym negatywnym stereotypem człowieka staroego



domy spokojnej starości etc) są bardzo nisko cenione przez społeczeństwo, co wtórnie przekłada się na obniżenie poczucia własnej wartości przez osoby starsze. Wynika to z faktu, że otrzymują one wsparcie od mało cenionych pracowników. Problem ten wyraźnie sygnalizowała w swoim artykule Pani D. Gavrilenko (Biuletyn 6/11). Poza tym społeczeństwu brakuje holistycznej i profesjonalnej edukacji na temat psychologiczno-społecznego portretu człowieka starego. Już dzieci sześciolatnie dysponują bogatym zasobem wiedzy (a częściej pseudowiedzy) na temat, jaka jest starość i jaki jest człowiek stary. Wiedza ta, płynąca ze stereotypów przekazywanych przez bliskich i wzbogacona informacjami otrzymywanymi ze świata massmediów, jest mocno oporna na zmianę i w skrócie przedstawia człowieka w jesieni życia jako osobę słabą, niezaradną, nadmiernie zależną od opieki i przede wszystkim – nieatrakcyjną fizycznie. Bo w istocie obraz starości

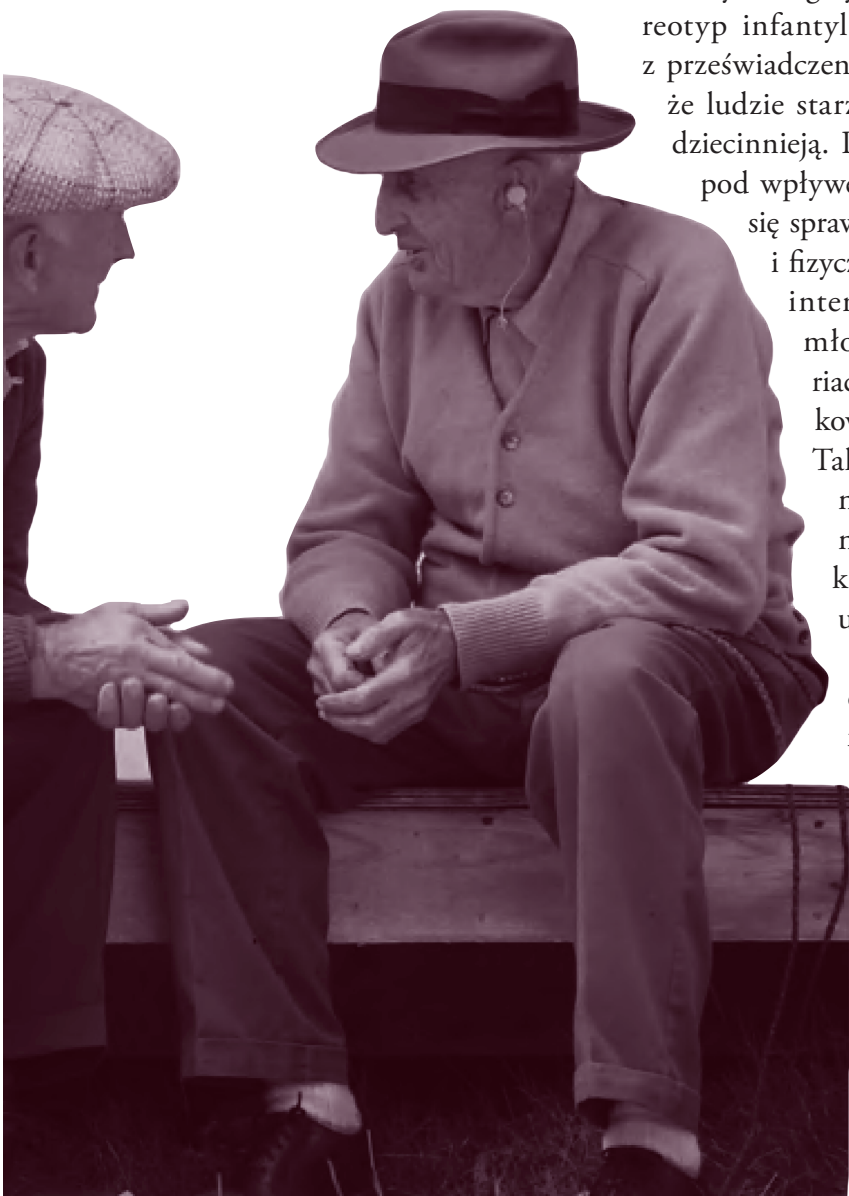
nie jest pociągający. Wraz z wiekiem następuje spowolnienie reakcji (wykonywanie nawet prostych czynności wydłuża się w czasie) i ruchów, pojawiają się kłopoty z widzeniem, słuchem (co znacznie utrudnia komunikację z otoczeniem), trudności z utrzymywaniem równowagi (stąd niebezpieczeństwo upadków), zmienia się też aktywność dobową. Każdy, kto miał kontakt ze starszą osobą, wie, że staje się ona wraz z wiekiem „rannym ptaszkiem”, co może być przyczyną konfliktów rodzinnych. Wizerunek ten można wzbogacić o listę fizycznych atrybutów starości: siwe włosy, zmarszczki, braki w uzębieniu – to klasyczny stereotyp polskiego staruszka. Tymczasem XXI wiek to czas kultu młodości, dlatego też osoby starsze w obawie przed wykluczeniem społecznym desperacko podejmują próby zatrzymania czasu i próbują wykonać zadania przeznaczone dla młodszych, narażając się tym samym na lekceważenie ze strony młodszych pokoleń („taki stary, a jeszcze zmienia sobie auto!”). Jednak najbardziej brzemienne w negatywne skutki jest stereotyp infantylizacji wynikający z przeświadczenia osób młodszych, że ludzie starzy wraz z wiekiem

dziecinnieją. Proces ten zachodzi pod wpływem zmniejszających się sprawności umysłowych i fizycznych, co może być interpretowane przez młodszych w kategoriach konieczności opieki nad seniorami. Taka postawa ze strony młodszych pokoleń może sprzyjać wykształceniu się wyuczonej bezradności.

Owe stereotypy o zabarwieniu pejoratywnym wpływają na jakość funkcjonowania osób starszych i ich samoocenę. W jaki sposób? Otóż negatywna postawa

młodszych pokoleń wobec osób starszych wyzwałać może postawy lękowe wobec starości i wzbudza potrzebę obronnego podążania za młodością w obawie przed ostracyzmem. Niestety starsi ludzie często spotykają się w tej sytuacji z nieuniknionymi niepowodzeniami, co z kolei prowadzi w prostej drodze do frustracji i izolacji od innych, a w konsekwencji wzmagają poczucie osamotnienia. To zaś są czynniki wpływające negatywnie na jakość życia i jednocześnie uruchamiające syndrom społecznego wykluczenia ludzi w podeszłym wieku. Promowanie w mass-mediach cech typowych dla młodości prowadzi do negatywnego etykietowania osób starszych, co w połączeniu z brakiem ofert przeznaczonych dla tej grupy ludzi powoduje atrofie posiadanych przez nich umiejętności. To zaś pociąga za sobą samoetykietowanie („Jestem do niczego”), a w konsekwencji powoduje wypadnięcie z dotychczas pełnionych ról społecznych, utrudnia podejmowanie nowych i zmusza do zawężenia pola aktywności życiowej. Mamy tu przykład mechanizmu samospełniającej się przepowiedni prowadzącej od społecznego obrazu niekompetencji do uzależnienia od zewnętrznego etykietowania („Jestem taki, jak o mnie mówią”).

Jak zauważa Steuden, obowiązujące w naszym społeczeństwie liczne negatywne stereotypy mogą przyczyniać się także do powiększenia ryzyka utraty zdrowia poprzez dyskryminację osób starszych (wyrażającą się w ich ignorowaniu) i internalizację negatywnych postaw wobec siebie samych. W badaniach stwierdzono, że osoby reprezentujące negatywny stosunek wobec własnej starości żyją średnio o 7,5 roku krócej (co może być związane z negatywną postawą wobec własnego życia i zanikiem woli życia). Ponadto okazuje się, że negatywne stereotypy oddziałują nieświadomie w taki sposób, że osoby starsze oczekują, że wraz z wiekiem nastąpi u nich nieuchronne pogorszenie w funkcjonowaniu



fizycznym, psychicznym (poznawczym), a jeśli dodatkowo nie spodziewają się pozytywnych efektów leczenia, to często w ogóle go nie podejmują. Palmer alarmuje, że w społeczeństwach wysoko uprzemysłowionych, nastawionych na konsumpcję można spotkać się z tendencją do nieudzielania pewnych świadczeń medycznych osobom starszym właśnie z powodu ich podeszłego wieku. Szczególnie narażone są na to osoby z brakiem lub bardzo obniżonym poczuciem sprawowania kontroli nad swoim życiem i sytuacją. Czasami wręcz sugeruje się osobom starszym rezygnację z leczenia różnych schorzeń, tłumacząc to ujemnym bilansem ewentualnych zysków i strat płynących z poddania się zabiegowi.

Samoocena osób starszych

Samoocena w okresie późnej starości traci swą wypracowaną we wczesnej dorosłości stabilność. Źródłem owej zmiany należy upatrywać m.in. we wzroście samokrytycyzmu, dokonywanym u schyłku życia bilansie oraz w przeżywaniu przez osoby starsze różnych strat natury fizycznej (pogarszająca się sprawność w poruszaniu się i w zakresie samoobsługi), psychicznej (gorzej funkcjonują procesy poznawcze, np. uwaga i pamięć) oraz społecznej (kurczy się w naturalny sposób krąg znajomych i rodziny, czyli ludzi, którzy pomagali wcześniej zbudować swoją tożsamość). Rolą personelu jest więc praca nad wzmocnieniem samooceny poprzez utwierdzanie starszych osób w ich poczuciu ważności.

To, jak osoba poradzi sobie z procesem przystosowania się do starości (czy zdobędzie poczucie integralności, czy też jej miejsce zajmie poczucie rozpacz), zależy od kilku czynników, np. w jakim środowisku żyje aktualnie (również w okresie dzieciństwa), jak przebiega proces starzenia się i wreszcie, jakimi zasobami (osobistymi i społecznymi) dysponuje (poczucie humoru, wsparcie otoczenia etc). Poczucie integralności mogą

osiągnąć osoby, które przystosowały się do starości w sensie pozytywnym i osiągnęły poczucie wewnętrznej spójności. Przejawia się to w zadowoleniu ze swojego aktualnego życia, akceptacji innych, wysokim poczuciu własnej wartości, otwartości na innowacje. Osoby takie chętnie dzielą się swoimi przemyśleniami, wyrażają gotowość do kontaktu z ludźmi w każdym wieku, czy wreszcie dokonują pozytywnego bilansu życia. Do przejawów poczucia rozpacz należą natomiast: poczucie chaosu i przypadkowości, niezadowolenie z życia, nadmierny krytycyzm wobec rzeczywistości, dominujący lęk przed śmiercią (co może przejawiać się w unikaniu rozmów na ten temat), poczucie winy w kontakcie z rodziną wynikające z przekonania, że jest się dla niej obciążeniem, preferowanie kontaktów tylko z ludźmi w swoim wieku i oczywiście negatywny bilans życia.

Wykształcenie w sobie poczucia integralności pełni funkcję ochronną przed opisanymi wyżej odczuciami chaosu, destrukcji i rozpadu, a także pomaga w przewyżnianiu, typowej dla starości, tendencji do autodestrukcji. Poziom samooceny osoby starszej pozostaje w ścisłej zależności z osiągniętym przez nią stopniem przystosowania się do własnego wieku (starości). Jest to proces, który zachodzi równolegle do pojawiających się strat typowych dla jesieni życia. W literaturze przedmiotu można znaleźć szereg koncepcji wyjaśniających przebieg procesu przystosowania, np.: osoba starsza stopniowo wyłącza się z życia społecznego (teoria wycofania Cumminaga i Henry'ego), osoba starsza musi przystosować się do pojawiających się ograniczeń o różnej naturze (teoria stresu starości Havighursta i in.), człowiek stary, mimo zaawansowanego wieku, może zachować w różnych obszarach daleko idącą aktywność (teoria aktywności Havighursta i in.). Niezależnie jednak od przyjętej koncepcji dobre przystawanie osoby do własnej starości poznamy po przejawianym przez nią zadowoleniu w co-

dziennym życiu, zaufaniu do siebie i innych (Ja OK.- Ty OK.) oraz po tym, jak radzić sobie będzie z zadaniami typowymi dla swego okresu życia. Złe przystawanie natomiast wyrażać się będzie we wrogim podejściu do siebie i świata, licznych i intensywnych lękach i obawach przed innymi ludźmi, w skłonnościach do zachowań depresyjnych i silnym poczuciu osamotnienia. Tutaj ponownie warto odwołać się do badań Palmera, które pokazały, że 75 proc. samobójców w podeszłym wieku na miesiąc przed targnięciem się na swoje życie odwiedziło lekarza, lecz tam, niestety, nie rozpoznano u nich objawów depresji. Zachowania depresyjne przejawiane przez tych pacjentów były interpretowane w kategoriach, że „taka jest właśnie starość”. Według Palmera jest to typowy przejaw ageizmu.

Praca w opiece zdrowotnej i społecznej wiąże się z rutyną, co w połączeniu z tradycyjnymi postawami odzwierciedlającymi negatywne i lekceważące postawy wobec starszych, przyczynia się do zwiększenia ryzyka dehumanizacji osób starszych. To dlatego Sandrin postuluje, że, aby być zaangażowanym w leczenie osoby cierpiącej (a taką często z uwagi na liczne schorzenia jest pacjent w jesieni życia), trzeba zejść „na palącą ziemię” i stać się zdolnym do „delikatności, intuicji i miłości, cech matki, która potrafi rozpoznać w zachowaniu swojego dziecka sygnały radości i bólu i potrafi dać odpowiedź, o które jej dziecko mniej lub bardziej świadomie prosi ją” (Sandrin, s. 157). Stąd wypłynęła idea współodczuwającej opieki, która z jednej strony dba o zaspokojenie potrzeb osoby cierpiącej, z drugiej zaś jest nastawiona na współdziałanie z nią (*doing with*), czyli rozpoznaje emocje i uczucia pacjenta, dba o szacunek dla jego godności poprzez współuczestniczenie w cierpieniu.

Osoby starsze dysponują zdolnością do regulacji jakości emocji (teoria selektywności społeczno-emocjonalnej, Charles i in. 2003). Oznacza to, że starsi ludzie mają zdolność

do podtrzymywania pozytywnych afektów i minimalizowania afektu negatywnego. Wynika to ze świadomości, jak szybko upływa życie i zbliża się ku końcowi. To zmusza ludzi do koncentracji na poszukiwaniu doświadczeń pozytywnych pod względem emocjonalnym (takie same zjawisko można zresztą zaobserwować u młodych ludzi terminalnie chorych). Wraz z wiekiem osiągamy też większą

i niechęci do świata), stojące obok nadających i zręczliwych rówieśników (typ zubożony). Ci ostatni mają deficyt w zakresie odczuwania przyjemności, w związku z czym w ich sposobie bycia dominują emocje negatywne.

Czego potrzebują więc osoby starsze, aby uniknąć mechanizmu wykluczenia społecznego? Odpowiedź jest oczywista: wsparcia środowiska, które będzie wyrażało się w zaproszeniu oso-

Charakterystyka typu funkcjonowania psychicznego ze względu na sposób regulacji emocji

Typ psychicznego funkcjonowania	Sposób regulacji emocji
osiągający	wzrastająca wraz z wiekiem zdolność do samokontroli podkreślanie emocji pozytywnych
zachowawczy	wzrastanie wraz z wiekiem samokontroli aż do poziomu nieprzystosowawczego brak silnych emocji pozytywnych i negatywnych
poszukujący	zmniejszanie się samokontroli wraz z upływem czasu doświadczanie skrajnych emocji i działania w kierunku wzmacniania ich stopnia nasilenia
zubożony	nieznacznie wzrastanie samokontroli dominacja emocji negatywnych

zdolność do kontrolowania swoich stanów zarówno pozytywnych, jak i negatywnych (dlatego ludzie starsi pływają przeżywają ekstazę) i potrafimy przedłużyć w czasie trwanie pozytywnych emocji zgodnie z własną wolą. Z całą pewnością jednak starsi doświadczają też wielu sytuacji, które wywołują u nich negatywne stany emocjonalne. Tabela przedstawia różnice w regulacji emocji w zależności od typu funkcjonowania psychicznego.

Nawet pobieżna lektura przedstawionych typów z łatwością wyjaśnia, dlaczego w kolejce spotykamy uśmiechnięte i miłe starsze osoby (typ osiagający, który koncentruje się na doświadczaniu emocji pozytywnych, co może wynikać z osiągniętej mądrości życiowej – nie warto tracić ostatnich lat życia na pielęgnowanie złości

by starszej do funkcjonowania w roli doradcy i konsultanta, docenieniu otoczenia, które będzie dostarczało wrażeń intelektualnych i udzielało pomocy w nawiązywaniu kontaktów społecznych.

Antoni Kępiński powiedział: „Starość to czas, kiedy szczególnie uwidacznia się psychofizyczna jedność człowieka – każde załamanie może doprowadzić do śmierci i jednocześnie można uratować życie człowiekowi zupełnie prostym zabiegiem”. Takim zabiegiem może być zwyczajna ludzka życzliwość i troska wobec drugiej osoby.

mgr Monika Kowalska-Wojtysiak
psycholog
Zakład Pedagogiki w Pielęgniarstwie
UM w Łodzi

Uwagi o pielęgniarstwie.
Dorota Kilańska (red. wydania pierwszego polskiego)
Wydawnictwo
Elsevier Urban & Partner
Wrocław 2011

Książka „Uwagi o pielęgniarstwie” to profesjonalne towarzyszenie choremu, to nowe wydanie elementarza dla osób sprawujących opiekę nad chorymi. Tekst napisała ponad sto pięćdziesiąt lat temu Florence Nightingale, a międzynarodowa Rada Pielęgniarek z okazji 75-lecia powstania Międzynarodowej Fundacji jej imienia uaktualniła go i wydała ponownie. Autorka była prekursorką pielęgniarstwa, pierwszym naukowcem w tej dziedzinie korzystającym np. ze statystyki na poparcie swoich sądów. Jej zalecenia dotyczące prostych spraw związanych z opieką nad pacjentem są ponadczasowe – dziś wiele z jej uwag stało się kanonem postępowania osób sprawujących opiekę nad chorymi.

Uwagi o pielęgniarstwie zawierają nie tylko spostrzeżenia autorki, ale także wiele cennych, aktualnych informacji o tym, jak planować opiekę, w jaki sposób zadbać o sen i wypoczynek chorego, tak ważny w procesie zdrowienia i nabierania sił, czyli wszystko o zapewnieniu pacjentowi komfortu w trudnej dla niego sytuacji.

Przedstawione w książce schematy postępowania, sposoby komunikowania się z pacjentem i jego rodziną, mogą być pomocne w pracy całego personelu medycznego. W spisie treści znajdziemy min.: powstawanie Uwag o pielęgniarstwie Florence Nightingale, zdrowe domy, zarządzanie drobnostkami, odżywianie, łóżko i pościel, czystość, udzielanie porad i dawanie nadziei, obserwowanie chorych, troska o opiekuna, świadomość zdrowotna opiekunów.

Jak napisała Joanna Groves – Aktualizacja „Uwag o pielęgniarstwie” zapewni skuteczny dialog między pacjentami a opiekunami, zwiększając wzajemne zrozumienie i szacunek, co w efekcie przyczyni się do osiągnięcia dobrej, określonej przez samego pacjenta jakości życia.

główny specjalista ds. merytorycznych
mgr Małgorzata Bednarek-Szymańska

Sens Adwentu

BARBARA JAGAS

Zaczyna się Adwent. Od nowa będziemy przeżywać wszystkie tajemnice naszego zbawienia. Oczekiwanie na przyjście Jezusa, żłóbek, spotkanie z pasterzami, Królami...

Należałoby zapytać: po co to ciągle powracanie do tych samych spraw? Po to, by w nas odnawiać nieustannie życie Zbawiciela. W epoce sekularyzmu, zeświecczenia tradycji religijnych, spłylenia przeżywania głębi Adwentu, pustych dekoracji choinkowych od listopada nader konieczne jest pomnażanie wiary i całego jej bogactwa. Wiara bez miłości stałaby się pusta i jałowa jak kłós bez ziarna, jak ptak bez skrzydeł. Wiara prowadzi na wyżyny doskonałości i rozwoju człowieczeństwa.

Pomaga nam w tym różnego rodzaju adwentowe gesty bezimiennej dobroci w postaci paczki św. Mikołaja czy wsparcia instytucji charytatywnych. Człowiek dla człowieka jakże często jest nie bratem, ale wilkiem. Panoszy się brutalność, szorstkość, oschłość.

Cztery tygodnie adwentowej przemiany przed nami – czas pracy nad sobą i swymi odniesieniami do drugiego człowieka, może tego najbliższego. Bo jakoś zawsze brakuje czasu, motywacji do serdecznej rozmowy, gestów, ciepłych słów „...stawajcie się coraz doskonalszymi...” napomina św. Paweł. Wszystko to po to, by ten czas adwentowej przemiany nie był obok nas, ale w nas.

Informacje:

Rekolekcje adwentowe odbędą się w kościele Księża Jezuitów – ul. Sienkiewicza 60 w dniach 15, 16, 17 grudnia o godz. 19.00. Zaprasza duszpasterstwo służby zdrowia.

Spotkanie z ks. Arcybiskupem Władysławem Ziółkiem i pracowników lecznictwa będzie miało miejsce w Aulii Seminaryjnej 7 stycznia 2012 roku o godz. 18.00.

Z żałobnej karty



Nigdy już się nie spotkamy,
Nie spojrzymy sobie w twarz,
Nie podamy sobie dłoni,
Bo już nie ma Cię wśród nas”

W dniu 4 października 2011 roku z wielkim żalem pożegnaliśmy ukochaną koleżankę **Grażynkę Rosiak.**

Przez 40 lat była przykładem i wzorem do naśladowania dla kilku pokoleń pielęgniarek. Wśród grona osób ją otaczających cieszyła się niekwestionowanym autorytetem i szacunkiem. Do końca oddana pacjentom, którym niosła pomoc przez wszystkie lata pracy, służyła dobrą radą, zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym. Dziękujemy Ci za ciepło, zrozumienie i uśmiech na Twych ustach, który Cię nigdy nie opuszczał. Na zawsze pozostaniesz w naszych sercach i pamięci.

Łącząc się w bólu z rodziną, żegnają Cię koleżanki, koledzy oraz współpracownicy WCO i RNR. im. dr Z. Radlińskiego